

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° 307

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Émile GIROU

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de l'hôpital Maritime de Bercy
Membre de la Société anatomique de Paris

L'Appendicite chronique pure

Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

1711

307

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DU MÊME AUTEUR

- Un cas de concrétion calcaire volumineuse de l'amygdale** (Soc. anat., 1^{er} déc. 1903).
- Angines nécrotiques de la scarlatine** (*Arch. de méd. des enfants*, nov. 1908).
- Syphilis osseuse héréditaire** (*Journal des Praticiens*, 4 déc. 1909).
- L'Évolution de la tuberculose ostéo-articulaire** (*Progrès médical*, 28 mai 1910).
- La Pâte bismuthée de Beck; quelques résultats pratiques** (*Gazette des Hôpitaux*, 4 juin 1910).
- Traitement par le mercure de l'infection puerpérale à forme septicémique** (*Arch. génér. de chir.*, novembre 1912).
- Sarcome aponévrotique de la face dorsale de la main et de l'avant-bras** (Soc. anat., 24 janv. 1913, en collaboration avec notre collègue, le Dr Miginiac).
- Appendicectomie vingt-huit heures après le début d'une crise appendiculaire, caractérisée par une douleur vive sans fièvre ni vomissements, pouls normal. Gangrène de l'appendice** (Soc. anat., 24 janvier 1913, en collaboration avec le Dr Miginiac).
- Fibrome de la paroi abdominale** (Soc. anat., 7 février 1913, avec le Dr Miginiac).
- Myome oedémateux de l'utérus en voie de transformation sarcomateuse** (Soc. anat., 14 février 1913, avec le Dr Miginiac).
- Quelques réflexions sur trois cas d'appendicite** (*Ann. méd.-chir. de l'Auvergne, du Limousin et du Quercy*, 1^{er} avril 1913).
-

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1913

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Émile GIROU

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
et de l'hôpital Maritime de Berck
Membre de la Société anatomique de Paris

L'Appendicite chronique pure



Président : M. LEGUEU, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLEET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GULLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR CALIXTE GIROU

Chirurgien de l'Hôpital d'Aurillac
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PÈRE. MON PREMIER MAÎTRE

LE DOCTEUR JOSEPH GIROU

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef de l'Hôpital d'Aurillac

*En hommage de profonde affection
et de reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique des voies urinaires
Chevalier de la Légion d'honneur

*En hommage de reconnaissance
pour le grand honneur qu'il veut bien
nous faire en présidant notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

STAGE

M. le Professeur WIDAL 1904-1905

EXTERNAT

M. le Professeur GILBERT 1905-1906

M. le Docteur BAZY 1906-1907 *et internat provisoire* 1908-1909

M. le Docteur COMBY 1907-1908

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Docteur COUVELAIRE 1908

INTERNAT

M. le Docteur MÉNARD 1909

M. le Docteur REYNIER 1909-1910

M. le Docteur SOULIGOUX 1910-1911

M. le Docteur WALTHER 1911-1912

M. le Docteur RICARD 1912-1913

M. le Docteur MARION 1913

A mes maîtres :

MM. MATHIEU, VARIOT, GARNIER, GUILLEMOT, LEREBOULLET, Médecins des Hôpitaux ; MM. SAVARIAUD, BAUMGARTNER, CHIFOLIAU, DESCOMPS, HERBET (*in memoriam*), LABEY, LARDENNOIS, MARCILLE, PROUST, Chirurgiens des Hôpitaux, M. FUNCK-BRENTANO, accoucheur des Hôpitaux.

A MM. ANDRIEU et CALVÉ, Chirurgiens assistants de l'Hôpital Maritime de Berck.

A MM. les D^{rs} Ch. FIESSINGER et LEURET.

L'APPENDICITE CHRONIQUE PURE

HISTORIQUE

« Nous concevons l'appendicite comme une lésion chronique sur laquelle viennent se greffer des épisodes aigus », a proclamé Aug. Broca à la Société de Pédiatrie de Londres. Cette formule est aujourd'hui devenue la vérité officielle, reconnue par tous.

Boas, un des premiers, avait soutenu cette théorie, puis Ewald, en avril 1899, avait signalé quelques-unes des manifestations symptomatiques de l'appendicite chronique; mais c'est à l'école française qu'en revient vraiment le parrainage.

En mai 1897, Brun, dans *la Presse médicale*, publia les premières observations; elles furent suivies au Congrès de Chirurgie d'octobre 1898 par celles, beaucoup plus nombreuses, de Walther. Pendant ce temps, Letulle et Weinberg faisaient l'étude histologique de ces appendices chroniquement enflammés; rapidement les observations et les publications se multiplient; les discussions s'amorcent; trois d'entre elles marquent des étapes importantes dans l'histoire médicale de ces dernières années: celle de la Société médicale des Hôpitaux à la fin de 1903, celle de l'Académie de Médecine dont le bruit dépassa les rangs de cette compagnie; Dieulafoy, qui en fut le promoteur, l'avait un peu voulu et y avait mêlé dès le premier jour le grand public. En janvier 1911, la Société médicale des Hôpitaux se passionnait autour des observations de Faisans et

Walther sur les formes pseudo-tuberculeuses de l'appendicite chronique.

Autour de ces discussions, d'innombrables travaux ont paru ; il semble qu'il n'y ait plus rien de nouveau à dire sur ce sujet ; c'était notre impression avant d'entreprendre ce travail, mais nous avons pensé depuis que, justement à cause de la dispersion de ces recherches, de leur nombre excessif (que l'on consulte notre bibliographie), il pouvait y avoir quelque intérêt à grouper tout ce qui avait été dit, à reprendre toutes ces discussions dans une vue d'ensemble. Notre tâche, on le voit, est assez vaste.

Retracer l'histoire de cet appendice depuis le moment où sous une influence *autre qu'une inflammation spécifique bien caractérisée* (tuberculose, syphilis, mycose) il s'éloigne de son état normal, jusqu'au moment où il traduit ses lésions par une première crise d'appendicite aiguë, tel est notre but. Et ce sera toute une histoire que nous aurons à retracer, multiple dans ses causes comme dans ses effets. On ne peut malheureusement pas établir encore de loi de concordance entre toutes les étapes anatomo-pathologiques et toutes les modalités d'expression clinique. Ceux qui nous suivront y réussiront-ils ?

Qu'il nous soit permis de dire ici toute notre profonde reconnaissance à notre maître, M. Walther. Il nous a donné l'idée de ce travail ; il nous a tracé la voie ; dans son service, nous avons pu, à ses côtés et sous sa direction, apprendre à dépister dans ses aspects multiformes les manifestations anatomiques et cliniques de l'appendicite chronique pure ; l'orientation qu'il nous a donnée a été complétée par l'observation de nombreux cas également fort instructifs sur lesquels M. Ricard a appelé notre attention ; en eux, nous avons eu des maîtres très aimés, auxquels nous tenons à dire ici tout notre attachement ; nous remercions tout spécialement M. Ricard de la large initiative chirurgicale, qu'avec son assistant M. Labey, qui fut pour nous plus un ami qu'un chef, il nous a laissée dans son service. Nous serions ingrat si nous n'ajoutions pas à leurs noms celui de notre maître M. Souligoux. Les liens

que crée le sol natal, jamais nous ne les avons sentis aussi vivement qu'auprès de lui ; ils ont contribué à nous lier à lui plus fortement encore par des sentiments de profond et de respectueux attachement. Nous devons beaucoup à tous nos maîtres, parmi lesquels nous ferons aussi une mention toute spéciale à M. Comby, à ceux-ci en particulier, que nous venons de citer, nous voudrions, en leur faisant hommage de ce modeste travail, leur témoigner mieux que nous ne le faisons toute notre reconnaissance.

ÉTIOLOGIE

Ce chapitre n'appartient pas en propre à l'appendicite chronique : parmi les causes et conditions étiologiques de l'appendicite, beaucoup sont communes aux manifestations chroniques et aux manifestations aiguës ; ceux qui ont étudié ces conditions n'ont pas séparé l'une de l'autre les deux modalités successives de l'appendicite ; nous devons donc les confondre souvent. Nous aurions voulu pouvoir préciser les causes de chacune d'elles pour ne retenir que celles de l'inflammation chronique de l'appendice. En évitant de façon formelle de parler des cas aigus, nous aurions été incomplet. Nous tâcherons, du moins, de ne pas trop tomber dans l'excès opposé et de ne pas trop faire de place à l'étiologie de ce qui est seulement manifestation aiguë.

L'appendicite chronique est-elle plus fréquente aujourd'hui qu'autrefois ? Elle est tous les ans diagnostiquée dans un plus grand nombre de cas, parce qu'elle est mieux connue ; certains médecins, très bons observateurs, qui faisaient de la clinique, et de la bonne clinique, avant l'apparition de l'appendicite chronique, dans nos connaissances médicales, prétendent qu'en recherchant dans leurs souvenirs anciens, ils arrivent à conclure à la plus grande fréquence actuelle de cette affection. Lannelongue était d'un avis opposé ; Cheinisse, après une très sérieuse revue générale consacrée à cette question de la fréquence non plus de l'appendicite chronique, mais de l'appendicite en général, ne croit pas non plus qu'il existe actuellement un plus grand nombre de cas de cette affection que jadis. Il paraît toutefois difficile de résoudre actuellement cette question ; mais elle a soulevé assez de discussions pour que nous le signalions ici.

CAUSES PRÉDISPOSANTES

Age. — Nous manquons de documents concernant l'âge auquel on constate le plus souvent l'appendicite chronique ; les statistiques portent sur l'appendicite en général ; nous savons seulement que, dans le nombre, une plus grande proportion concerne des accidents aigus dans le très bas âge et chez les vieillards. En tenant compte de ces indications, nous pourrions avoir une idée approximative en consultant les statistiques globales :

Sur 232 cas, Jalaguier a vu l'appendicite apparaître :

4 fois de 1 à 5 ans
42 — 5 à 10 —
64 — 10 à 15 —
25 — 15 à 20 —
22 — 20 à 30 —
13 — 30 à 40 —
8 — 40 à 50 —
3 — 50 à 60 —
1 — 60 à 70 —

La statistique de Fitz porte sur 228 cas, sa conclusion est la suivante :

38 0/0 de 10 à 20 ans
28 0/0 — 20 à 30 —
15 0/0 — 30 à 40 —

De Bovis a réuni dans une statistique générale celles pour la plupart intégrales de Lenander, Rostovtzeff, Herzog, Deaver, Delagenière, Permann, Lanzet Tavel, Roux et M^{lle} Von Mayer, Riesinger, Pauchet, Poirier, Tuffier, Hæmig, Nicolayssen et Neuhaus, au total 2781 cas, dont le pourcentage est le suivant.

31,8 0/0 de 11 à 20 ans
37,3 — 21 à 30 —
16,8 — 31 à 40 —
8,7 — 41 à 50 —
3,7 — 51 à 60 —
1,6 au-dessus de 61 ans

De Bovis fait suivre ces chiffres des suivants qui nous permettent de nous faire une plus juste idée de la fréquence de l'appendicite chronique aux différents âges :

Chez les sujets jeunes 40,1 0/0 des appendicites sont chroniques.

Chez les sujets âgés 8,8 0/0 des appendicites sont chroniques.

Les sujets âgés fournissent très peu de cas d'appendicite chronique : un appendice est rarement enflammé, ou quand il traduit son inflammation, c'est habituellement par des manifestations très bruyantes : par de grosses collections généralement. La période d'appendicite chronique pure est chez eux très silencieuse.

Notons également que si les nourrissons réagissent d'habitude de façon très grave aux attaques dirigées contre leur appendice, il est cependant facile de constater chez eux, antérieurement aux crises aiguës des symptômes chroniques gastro-intestinaux allant de la simple constipation à l'entérite : sur 26 cas d'appendicites au-dessous de deux ans publiés par Kimisson et Guimbellot, dans 18, ces troubles étaient nets.

Sexe. — Les hommes sont plus fréquemment atteints d'appendicite que les femmes, mais sur ce point encore aucune statistique ne donne d'indications : appendicites aiguës et chroniques sont confondues ; nous devons donc nous borner à donner des statistiques globales : Zoster a trouvé 199 hommes contre 172 femmes ; Riedel, 199 hommes contre 114 femmes ; Quillard 778 hommes contre 223 femmes ; Maurin 78 hommes et 16 femmes ; Talamon 80 hommes et 20 femmes ; Sonnenburg 60 0/0 d'hommes et 40 0/0 de femmes ; Guinard et Peyrot 70 0/0 d'hommes et 30 0/0 de femmes ; Pravaz 75 0/0 d'hommes et 25 0/0 de femmes : en somme, on peut en conclure qu'environ 70 0/0 des cas d'appendicite atteignent les hommes.

Hérédité. — Appendicite familiale. — Tous ceux qui ont vu, observé un grand nombre d'appendicites chroniques, sont frappés de ce fait qu'il est fréquent de rencontrer dans la même famille toute une série de cas. Cette question a fait l'objet de plusieurs débats : à la Société de Chirurgie, Brun, Berger, Jalaguier, Quénu ; à la Société médicale des Hôpitaux, Faisans, Talamon, Rendu ; à

l'Académie de Médecine Dieulafoy se sont faits les défenseurs de l'appendicite familiale. Walther insiste bien souvent sur ce sujet; il invoque de nombreux exemples; il nous a montré des familles nombreuses où un seul membre était indemne; tous les autres présentaient des lésions. Que ces lésions soient les mêmes dans une même famille, il semble superflu de se poser cette question: toutes ces appendicites n'ont pas le même âge, les unes évoluent depuis plus longtemps que les autres, elles n'en sont plus au même stade anatomique; il serait plus intéressant de rechercher si ces malades ont réagi suivant le même mode, la même forme clinique; une telle étude n'a pas encore été faite; elle semble difficile à mener à bien, car le nombre des familles et des cas dans chaque famille doit être assez grand pour que l'on soit en droit d'en tirer une conclusion.

Pour expliquer ces cas, Talamon invoque une prédisposition anatomique; Guinard qui l'a recherchée n'a pu la trouver; personne n'a pu donner encore à cette hypothèse une base sérieuse. Dieulafoy fait jouer à la diathèse arthritique un rôle important dans la question. On a aussi invoqué la similitude de régime et les parasitologues ont vu dans les vers intestinaux une explication de ces appendicites familiales.

Races. — Les grandes familles que sont les races fournissent, elles aussi, de très grandes causes de prédisposition: l'appendicite est la maladie nationale des Américains du Nord; elle est fréquente aussi en Angleterre et en Écosse. La race slave paraît aussi assez prédisposée, soit en Europe, soit en Sibérie Orientale (M^{lle} Gordon), elle est complètement inconnue en Chine (Laveran et Matignon). Dans une même race, la fréquence varie; toutefois nous avons observé moins de cas en Auvergne qu'à Paris; de même Brunswick le Bihan constate que l'appendicite est moins rare chez les Arabes des villes que chez les nomades; elle est d'ailleurs exceptionnelle dans toute la population musulmane de l'Afrique du Nord, tandis qu'elle atteint 0,95 à 1,27 0/0 de l'effectif de la métropole, elle atteint seulement 0,43 à 0,63 0/0 de l'effectif d'Algérie et de Tunisie (Chauvel).

Régime alimentaire. — Le régime alimentaire joue probablement un grand rôle dans ces variations de fréquence : Lucas-Championnière, un des premiers, a insisté sur l'influence de l'alimentation carnée. Pour Robin, plus de la moitié des malades atteints d'appendicite chronique sont depuis longtemps des hypersthéniques gastriques par abus du régime carné. Lucas-Championnière a fait en Roumanie des remarques intéressantes : tandis que sur 22.000 malades des campagnes, tous végétariens, on ne constate pas une seule appendicite, on en constate une sur 224 malades dans les villes où les habitants sont carnivores.

Cependant, M^{lle} Gordon qui a étudié l'appendicite en Angleterre et en Écosse y fait jouer un grand rôle étiologique au pain d'avoine.

CAUSES DÉTERMINANTES

L'appendicite chronique étant une inflammation, on doit chercher quels sont les micro-organismes causes de cette inflammation : Gilbert et Lippmann ont retrouvé dans les appendices malades la même flore microbienne que dans les appendices sains, dans les voies biliaires et les canaux pancréatiques ; il y aurait donc seulement exacerbation de ces microbes et en particulier du plus fréquent d'entre eux, le colibacille. Il s'adjoindrait à ceux-ci, dans le cas de grosses lésions, pour Grigoroff, des anaérobies stricts ou facultatifs. On conçoit que les microbes, hôtes normaux de l'appendice, quand ils ont mis par un début d'inflammation atténuée celui-ci en état de moindre résistance, peuvent y établir leur règne : l'état inflammatoire persistera, des apports d'hôtes nouveaux viendront sans cesse réensemencer ce terrain, que chaque jour rend davantage leur chose ; nulle part, en effet, on ne trouve de telles conditions : glandes profondes d'où nulle contraction, nulle sécrétion abondante ne les expulsera jamais. apport incessant de nouveaux hôtes. Que l'on pense à la facilité avec laquelle la moindre inflammation urétrale passe à la chronicité, alors pourtant que l'état des glandes urétrales est moins favorable à la persistance, à leur niveau d'un micro-organisme aussi fragile que le gonocoque !

Qu'une cause quelconque mette l'organisme en état de moindre résistance et les colibacilles seront les maîtres d'une proie si facile ; de même, que leur virulence augmente pour une cause locale quelconque, l'appendice sera encore leur victime ; nous trouverons donc des appendicites chroniques de cause générale et des appendicites chroniques de causes locales.

Causes générales

Canon, Bardou, Tripier et Paviot ont défendu la cause de l'appendicite d'origine sanguine.

Jalaguier considère l'appendicite elle-même comme une maladie générale, infectieuse, comparable aux amygdalites. Très semblable en effet est la structure de l'appendice et des amygdales, et très fréquentes sont les coïncidences d'inflammation des deux organes. Comby, sur 70 appendicites chroniques, a noté quatorze fois le fait que le malade avait été opéré pour des végétations adénoïdes ; il ne fait pas, il est vrai, de ces appendicites uniquement des appendicites par voie sanguine : il croit que l'on doit aussi dans ces cas incriminer la déglutition des crachats pharyngiens. Triboulet a constaté l'influence de certaines affections naso-pharyngiennes, surtout des angines à streptocoques (adénoïdiennes, rhino-pharyngiennes, amygdaliennes). Sergent insiste sur ce que l'appendicite chronique atteint souvent des adénoïdiens chez qui on a fait un grattage de végétations ou chez des adénoïdiens faisant une poussée de fièvre ganglionnaire.

Faisans, Lucas-Championnière, Rostowtzeff ont fait remarquer les rapports fréquents de la grippe et de l'appendicite chronique. Notre ami Kauffmann a constaté presque constamment une poussée légère d'appendicite au cours, généralement au début de la scarlatine. Nous avons avec lui vu presque régulièrement à ce moment, certains symptômes nets accusant une inflammation très légère, mais persistante de l'appendice, quelque chose de comparable à cette forme, que nous étudierons ultérieurement, de poussées légères à répétition : petite élévation thermique, un ou deux vomis-

sements, sensibilité, ou même douleur de la fosse iliaque droite, diarrhée ou constipation.

M^{lle} Gordon a vu des symptômes d'appendicite subaiguë ou chronique apparaître huit fois à la suite de la rougeole, deux fois à la suite de la scarlatine, deux fois du rhumatisme articulaire aigu, une fois de la diptérie, une fois de la grippe, une fois de la typhoïde. Jalaquier et Guinard ont noté l'influence de la varicelle et des oreillons, Constensoux et Netter celle d'une poussée de furonculose.

Syphilis. — En avril 1904, Gaucher faisait une communication sensationnelle dont la conclusion était que l'appendicite frappait surtout les syphilitiques et les hérédosyphilitiques ; sur 32 malades observés par lui et atteints d'appendicite, 9 avaient plus de trente ans, 23 n'avaient pas cet âge. Parmi ces 23 cas de jeunes (moins de trente ans), il y avait 24 hérédos-spécifiques et 2 malades chez qui il n'avait pu trouver aucun antécédent ; parmi les 9 malades plus âgés, 4 étaient des hérédosyphilitiques avérés, les 5 autres étaient des femmes dont une avait été infectée avant son mariage ; 3 avaient un mari syphilitique, la cinquième ne présentait aucune trace apparente ; au total 29 syphilitiques sur 32 appendicites. C'est beaucoup : il est vrai que le professeur Gaucher admet qu'il y a 33 0/0 de syphilitiques dans les villes. Le professeur Fournier explique cette proportion de syphilis dans l'appendicite par le fait que les malades infectés par le tréponème sont plus fragiles que les autres.

Bord qui a pratiqué à l'hôpital Saint-Louis l'étude des manifestations appendiculaires au cours de la syphilis secondaire arrive aux conclusions suivantes : sur 48 jeunes femmes prises au hasard avec des accidents secondaires en activité, 12 étaient atteintes d'appendicite subaiguë ou chronique ; chez les 6 autres, il n'y avait aucune réaction clinique appréciable.

Tuberculose. — Pour Nazarow, l'appendicite serait presque toujours d'origine tuberculeuse chez les adultes. Il est vrai qu'il s'appuie pour diagnostiquer cette origine sur des caractères qui appartiennent en propre à l'appendicite chronique : amaigrissement,

petites poussées thermiques, teint sale de la peau ou sur la constatation d'un antécédent bacillaire *quelconque dans la famille* (mais chez qui n'en trouverait-on pas étant donnée la fréquence de la bacillose).

Pour Sergent, la tuberculose *peut* conduire à l'appendicite chronique, non par infection générale, mais par suite de la fatigue résultant pour l'intestin de la suralimentation, du régime de la viande crue et des médicaments. Il y aurait donc là appendicite non de cause générale, mais de cause locale.

Expérimentation. — On n'a d'ailleurs jamais pu, par une infection sanguine seule, provoquer des lésions ou des manifestations d'appendicite.

Ghon et Namba ont en vain essayé d'inoculer des microbes dans le torrent circulatoire; ils ont eu des produits d'inoculations dans les autres segments de l'intestin, jamais dans l'appendice; ils en concluent que celui-ci est plus solide, résiste mieux, que les autres aux infections générales. Leurs expériences battent en brèche la théorie d'origine sanguine.

Hollander qui insiste beaucoup sur la fréquence des appendicites métastatiques déclare qu'il y a souvent une cause locale (calculs, vers intestinaux) qui localisent à ce niveau une infection générale.

Cette conception a été confirmée par les expériences très intéressantes de Beaussenat: tandis que des injections de micro-organismes dans le torrent circulatoire, quand elles ont trouvé un appendice sain, sont restées sans résultat, elles ont, au contraire, déterminé des lésions à ce niveau toutes les fois qu'il y avait une voie d'appel dans cet organe: éraillure ou froissement de la muqueuse par exemple.

Josué avait obtenu expérimentalement, il est vrai, des appendicites par pure infection sanguine, mais les microbes inoculés par lui provenaient d'une appendicite épidémique très virulente, observée chez les lapins du laboratoire de Charrin.

Les causes générales existent donc sans doute; elles demandent presque toujours le concours de causes locales; celles-ci sont les plus importantes.

CAUSES LOCALES

Causes locales intestinales.

Calculs. — On a incriminé les calculs. Neumann croit à l'action des calculs stercoraux sur la muqueuse appendiculaire ; il est bien démontré aujourd'hui que, si les calculs appendiculaires peuvent jouer un rôle dans la genèse des accidents aigus de l'appendicite traumatique, en contribuant à traumatiser la muqueuse appendiculaire, on ne saurait invoquer leur action dans l'appendicite chronique pure ; ici ils sont l'effet et non la cause ; toute autre conception est aujourd'hui abandonnée.

Corps étrangers. — Ceux-ci, au contraire, ont une influence des plus nettes : une des premières observations a été communiquée par Barrette à la Société de Chirurgie ; elle est typique : le malade présentait de temps en temps de petites crises douloureuses durant quelques heures, accompagnées de météorisme ; on réveillait la douleur par la pression au point de Mac Burney. A l'opération on trouva deux grains de plomb n° 5 et 6 ; autour d'eux, l'appendice était sclérosé ; au-dessous d'eux, existait un rétrécissement scléreux ; on peut donc bien conclure de cette observation : appendicite chronique pure par corps étrangers intra-appendiculaires ; ceux-ci ont laissé leur signature dans le rétrécissement scléreux situé au-dessous d'eux.

Une autre preuve de leur action est la fréquence de dépôt de couches concentriques autour d'un corps étranger. Guinard, un des premiers, a décelé au centre d'un calcul appendiculaire une soie de porc. Pour qui sait la signification inflammatoire de ces calculs de l'appendice, ceci est caractéristique. Nous verrons plus loin, en étudiant l'anatomie pathologique de l'appendicite chronique, les multiples corps étrangers qui ont été rencontrés.

Helminthiase. — De tous les corps étrangers intra-appendiculaires, les vers intestinaux sont de beaucoup les plus fréquents.

On a trouvé dans l'appendice trois catégories d'helminthes : les ascarides, les oxyures et les trichocéphales. Cette origine helminthique de l'appendicite a été mise en valeur surtout par Blanchard et Metchnikoff. Ceux-ci ont eu le tort de généraliser et de ne voir désormais qu'une cause dans toutes les manifestations de l'appendicite : un parasite, et ils ont poussé leur théorie jusqu'à considérer le traitement anti-helminthique comme le traitement nécessaire et suffisant de l'appendicite aiguë et chronique. Or, Lannelongue qui a fait pratiquer l'examen systématique des selles de 128 malades de son service, au moment où cette question était à l'ordre du jour, a obtenu les résultats suivants : chez les appendiculaires, 28 0/0 présentaient dans leurs selles des œufs d'helminthes, tandis que chez les autres malades, 35 0/0 en présentaient. Laveran et Matignon font remarquer, d'autre part, que les Chinois et les Européens vivant en Chine sont très souvent atteints d'helminthiase et cependant ils n'ont jamais d'appendicite. Ceci a plus d'importance que l'absence de parasites adultes ou d'œufs de parasites dans les appendices que nous enlevons, car on pourrait nous objecter que les parasites ont été le point de départ de l'inflammation et que celle-ci a suivi sa marche chronique après disparition des hôtes du vermium. On peut conclure, avec des parasitologues mieux avisés, que Blanchard et Metchnikoff, avec Guiart et Ragaine, que, dans un certain nombre de cas, les helminthes produisent de l'appendicite chronique en inoculant des germes pathogènes sous la muqueuse : le thymol ne saurait donc suffire en présence d'une appendicite : expulser le vers qui, souvent, n'a pas attendu le médecin, est une thérapeutique simpliste : une lésion existe, il faut la traiter.

Les mœurs de ces parasites favorisent d'ailleurs ces lésions de la muqueuse : le trichocéphale se nourrit en se fixant la tête dans la muqueuse cœcale ou appendiculaire et il ne se détache de celle-ci que quand il est mort. Les oxyures s'accouplent dans l'iléon, puis les mâles sont entraînés par les matières, les femelles fécondées vont dans l'appendice et dans le cæcum où elles circulent, faisant des tunnels, des trajets en sêton sous la muqueuse, puis au moment de la ponte, elles vont dans le rectum.

Que ces traumatismes de la muqueuse donnent toujours des

lésions inflammatoires, non ; mais, comme l'a fait remarquer Guinard, beaucoup de piqûres d'aiguille ne donnent pas de panaris ; si l'état général est défectueux, ou s'il existe une cause déprimant l'organisme, ces piqûres s'infectent ; ainsi s'expliquent un grand nombre d'appendicites soi-disant dues à des causes générales.

L'helminthiase explique aussi un certain nombre de cas d'appendicite familiale : mêmes causes helminthiques, mêmes causes d'ordre général souvent, cela suffit à réaliser des appendicites familiales.

Traumatisme. — Nous n'intitulons pas ce paragraphe à dessein appendicite traumatique ; l'appendicite traumatique est, le plus souvent, un épisode aigu provoqué par un trauma dans un appendice malade. Mais Guinard croyait à la possibilité du développement d'une appendicite chronique à la suite d'un trauma : celui-ci met l'appendice en état de moindre résistance et une infection même légère le trouve plus vulnérable.

Bérard et Vincent croient que le traumatisme peut déterminer des hémorragies interstitielles ou péri-appendiculaires aboutissant à la sténose cicatricielle, ou au moins à des altérations de la muqueuse, à la formation de calculs ou de brides.

Pour Hansemann, le traumatisme agit en refoulant dans l'appendice des matières fécales qui y sont comprimées, forment des boulettes dures qui s'incrustent de sels calcaires, deviennent des coprolithes, cause ou signature d'appendicite.

Causes intestinales

Elles sont les plus fréquentes de beaucoup et les plus intéressantes. Nous avons vu que les appendicites étiquetées de cause générale, sont le plus souvent liées à des causes locales et parmi celles-ci à des causes intestinales, nous l'avons déjà dit, mais croyons utile de le rappeler encore ici.

Causes mécaniques appendiculaires ou péri-appendiculaires

Les conditions normales de l'appendice prédisposent cet organe à l'infection : sa position déclive, la stagnation qui en résulte et qui tient aussi à sa forme en cul-de-sac et à sa faible musculature sont des facteurs très importants dans la genèse de l'appendicite chronique. En France, Reclus, un des premiers, a mis en valeur l'influence de la stase. Hansemann fait remarquer que l'infection a souvent son point de départ dans le cæcum, mais tandis que celui-ci se guérit facilement, l'appendice reste malade à cause même de la stase. Pour Lauenstein, généralement l'appendicite débute par une coudure qui isole la cavité appendiculaire et amène en même temps des troubles circulatoires ; suivant le plus ou moins grand degré de la coudure et sa plus ou moins longue durée, les lésions seraient plus ou moins marquées, d'emblée aiguës ou chroniques. Pour Le Bec et Monnier au contraire les coudures et torsions seraient secondaires aux phénomènes inflammatoires, au lieu de les précéder.

Typhlatonie. — Pour Albu et une série d'auteurs allemands, la véritable cause de l'appendicite chronique serait la constipation par atonie cæcale. Cette atonie cæcale entraînerait, même sans aucun intermédiaire de typhlite, l'inflammation chronique du vermium. A côté de cette conception il en est une autre qui dénie toute réalité aux lésions de l'appendicite chronique pour rattacher les symptômes classiques de cette affection à une atonie cæcale sans aucun caractère inflammatoire du cæcum ni de l'appendice. Telle est la théorie de Fischler sur la typhlatonie, entité morbide se traduisant par le syndrome clinique faussement attribué d'après lui à l'appendicite chronique. Les crises douloureuses seraient dues aux tiraillements produits sur le mésentère, ses vaisseaux et ses nerfs par le cæcum dilaté. Il y aurait là quelque chose de comparable à la dilatation d'estomac.

Appendicite par typhlite. — Karewski croit que le plus sou-

vent il existe à l'origine de l'appendicite de la typhlite, indépendante de toute colite, alors même qu'il existerait entre les deux zones un espace sain ; il est d'ailleurs normal que l'infection appendiculaire débute par la partie terminale du vermium, parce que la partie proximale présente des contractions qui chassent les matières, calculs stercoraux et autres causes d'infection et empêchent à ce niveau la stagnation. Pour le même auteur, les coprolithes auraient une action incontestable, traduite par l'amincissement de la muqueuse à leur niveau.

Appendicite et entéro-colite. — L'origine entéro-colitique de l'appendicite a fait l'objet d'une des discussions les plus vives parmi celles qui ont passionné dans ce dernier quart de siècle l'opinion médicale française. Tout le monde, le grand public comme le public médical, a encore présent à l'esprit la communication de Dieulafoy à la tribune de l'Académie de Médecine en 1906, sur le typhlocolite et l'appendicite. L'origine entéro-colitique est admise par Reclus, Dumontpellier, Le Dentu, Plicque, Czerny et Heddaens, Shœmacker, Comby, Duret de Lille ; elle a été niée par Dieulafoy, Glénard, de Langenhagen et Reynier.

L'objection de Dieulafoy est simple : il n'a jamais vu d'appendicite chronique succéder à la typhlocolite ; les cas diagnostiqués appendicite chronique ne sont souvent que de la typhlocolite avec prédominance des symptômes dans la fosse iliaque droite. Et à cette communication sensationnelle (il la voulait telle) de Dieulafoy sur les erreurs de diagnostic de ses confrères, sur les balafrés de Châtel-Guyon, il n'a pas été difficile de répondre. Plusieurs de ses collègues ont porté à la tribune des cas où le maître avait commis l'erreur opposée, et combien plus dangereuse, d'étiqueter typhlocolite une appendicite chronique nette ; les événements ultérieurs ont montré l'erreur de Dieulafoy au moment où, à la suite d'une crise aiguë, l'intervention qu'il refusait fut décidée et pratiquée. Il suffit d'ailleurs d'interroger un certain nombre d'appendiculaires chroniques pour se rendre compte de la fréquence de l'entéro-colite dans leurs antécédents. C'est ainsi en puisant à pleines mains dans leurs souvenirs et dans leurs observations que ses collègues ont détruit la thèse de Dieulafoy. Parmi les objections faites à la

tribune de l'Académie de Médecine, l'une des plus éloquentes fut celle du professeur Reclus : « Les entérites, toutes les entérites ne s'arrêtent pas à l'insuffisante valvule de Gerlach, trop souvent elles envahissent l'appendice et trop souvent elles se cantonnent dans cet organe désastreux, ce cæcum de cæcum, ce diverticule de diverticule, ce cul-de-sac de cul-de-sac, cette fistule borgne interne qui semble uniquement créée pour exalter la virulence des germes. Comment? nous voyons la còlite s'accuser dans tous les points où la circulation est moins active, dans les bosselures du gros intestin, aux deux angles du còlon transverse, dans le cæcum, tandis qu'elle respecterait l'appendice, ce cloaque croupissant où tombent, stagnent et pullulent les germes pathogènes de l'intestin, streptocoque, staphylocoque, colibacille, bacille de Koch, actinomyces! »

En faveur de cette origine colique de l'appendicite, Comby donne deux raisons : 1^o l'appendice fait partie du còlon ; 2^o l'entéro-colite de l'enfance porte sur l'appareil lymphoïde du gros intestin ; on l'appelle même à cause de cela, en Allemagne, entérite folliculaire.

Richelot va même plus loin : pour lui, l'appendicite chronique est toujours d'origine intestinale, même dans les appendicites d'ordre génital. « Entre l'intestin et l'appendice, répond-il à Dieulafoy, il y a échange réciproque de mauvais procédés. » Il croit d'autre part que souvent la typhlocolite serait un trouble nerveux d'origine appendiculaire : cette opinion explique parfaitement les cas de guérisons de typhlocolite par simple appendicectomie.

Pour Karewitz, tout sujet atteint d'entéro-colite serait même suspect d'appendicite chronique.

Guinon note, dans sa clientèle de ville, qu'il suit de très près, 20,7 0/0 d'appendicite dans ses cas d'entéro-colite et il y voit, en raison des soins que prennent ses malades et du nombre de cas d'appendicite chronique qui peuvent lui échapper, il y voit un minimum.

Mathieu, Bernard de Plombières qui voient beaucoup d'entéro-colites considèrent l'appendicite chronique comme une de ses complications les plus fréquentes. Pour eux, l'appendicite une fois établie, entretient à son tour l'entéro-colite, créant ainsi un cercle vicieux. Nous reviendrons sur l'opinion de Mathieu au cours du

traitement de l'appendicite. Sa haute compétence dans toutes les questions touchant à l'intestin nous ont fait attacher à son opinion sur toutes ces questions, opinion qu'il nous a à maintes reprises exprimée avec nombreux exemples à l'appui, une importance toute spéciale.

Pour Langenhagen, l'entéro-colite accompagne presque toujours un trouble nerveux sympathique qui porte non seulement sur l'intestin, mais aussi sur le foie, l'estomac ; la diminution fonctionnelle de ces organes est révélée par l'examen des fèces ; on ne saurait donc pour lui admettre de relation entre l'entéro-colite et l'appendicite ; l'appendicectomie serait sans influence sur tous les cas intitulés appendicite chronique et entéro-colite.

De même Reynier considère la typhlocolite comme un syndrome dont l'origine serait suivant les cas le rein mobile, une salpingite ou naturellement l'appendicite. Il serait donc pour lui tout indiqué de pratiquer l'appendicectomie dans cette troisième catégorie de typhlocolite ; cette opération serait par contre sans aucune action dans les deux autres.

Que conclure de ce long débat ? L'appendicite chronique est, on ne peut guère le nier actuellement, souvent la conséquence d'une entéro-colite. Mais l'on ne saurait donner à ce sujet de règle absolue : l'appendicite chronique n'est pas plus la conséquence inéluctable des typhlocolites qu'elle ne trouve en elle leur seule cause. Il semble bien d'ailleurs que l'on doive faire deux classes dans le cadre clinique des typhlocolites suivant leur nature : les unes représentent une infection de la muqueuse intestinale ; elles peuvent se propager, elles se propagent souvent à l'appendice et y déterminent des troubles persistants, l'appendicite chronique, moins curable que les entérites et les typhlites ; les autres traduisent un simple trouble sécrétoire de cette muqueuse intestinale sous une influence quelconque, probablement liée souvent à une irritation nerveuse ; celles-là ne peuvent pas se propager à l'appendice. Elles peuvent être guéries, au contraire, par l'appendicectomie lorsque la cause de ce trouble sécrétoire se trouve être une infection atténuée de l'appendice. Telle semble être la conception actuelle ; Dieulafoy qui a ouvert cette discussion n'a apporté qu'une contribution bien légère à cette vue d'ensemble des rapports de la typhlocolite

et de l'appendicite chronique. On lui doit trois choses ; il a ouvert un grand débat ; il a créé un mot qui a eu quelque fortune en parlant des *balafrés de Châtel-Guyon* et il a provoqué par son intransigeante abstention quelques crises aiguës d'appendicite dont une intervention pratiquée alors que les lésions étaient au stade de l'appendicite chronique pure aurait écarté les dangers.

Causes intestinales diverses

Guinard croit qu'une typhoïde ambulatoire serait une cause très fréquente d'appendicite chronique pure ; il en aurait trouvé des exemples par le séro-diagnostic. M^{lle} Gordon en a cité un cas.

Kartulès, Hoppe-Seyler font jouer un rôle à la dysenterie dans l'étiologie des inflammations chroniques du vermium.

Appendicite chronique au cours d'affections non-intestinales

Appendicite et ptose. — Glénard, qui a si bien étudié les diverses manifestations ptosiques, leur rattache l'appendicite chronique et l'entéro-colite, du moins, dans la majorité des cas. Lane également reconnaît comme cause d'appendicite chronique la ptose et la stase qui en résultent. Schaumann, se basant sur la coexistence fréquente de l'appendicite chronique et de la ptose (surtout ptose rénale et intestinale) établit aussi un rapport entre l'appendicite chronique, les ptoses et les états neurasthéniques. Edebols estime à 60 0/0 le nombre des appendicites chroniques au cours des ptoses ; il insiste particulièrement sur la ptose rénale ; il la rattache aux inflammations chroniques du vermium par l'intermédiaire de la compression de la veine mésentérique supérieure par un rein flottant.

Guinard admettait que tout ce qui modifie la statique abdominale (salpingite, fibrome, kyste de l'ovaire, tumeur abdominale) peut couder l'appendice et produire l'appendicite.

Appendicite et annexite. — La thèse de Barnsby a ouvert

une voie nouvelle à ceux qui recherchent les causes de l'appendicite chronique ; il a noté les rapports fréquents de cette affection et des annexites. Cornil a constaté, en effet, que les appendices enlevés préventivement au cours des infections pour annexites étaient presque toujours malades ; Vecchi a constaté que le sclérose appendiculaire accompagnait presque toujours les lésions annexielles. Hunter Robb, dans 370 laparotomies, a enlevé et examiné histologiquement l'appendice : dans 136 cas d'annexes saines, il a constaté 8,82 0/0 de lésions appendiculaires ; dans 148 cas d'annexes malades, il a trouvé 16,89 0/0 de lésions appendiculaires, donc celles-ci sont deux fois plus fréquentes en cas d'annexite que lorsque les annexes sont saines. Paterson, dans 200 laparotomies pour annexites, a enlevé et fait examiner histologiquement l'appendice, il l'a trouvé malade dans 47 0/0 des cas ; Hermes, dans 53 0/0 ; Clark, dans 80 0/0 ; Pankow, dans 60 0/0. De ces proportions, extrêmement variables, on ne peut donc tirer qu'une conclusion : la fréquence des lésions appendiculaires en cas d'annexites.

Parfois, les opérations pour annexites elles-mêmes créent pour le vermium une cause de troubles : Lucas Championnière cite un cas de syndrome appendicite chronique après ovariectomie double ; on fait une nouvelle laparotomie et on trouve l'appendice adhérent au niveau de la corne droite de l'utérus bicorné, au point où avait porté le bistouri dans l'exérèse de la trompe droite. Segond cite un cas analogue d'adhérence après une opération portant sur les organes génitaux.

Appendicite et holécystite. — On a noté beaucoup de cas de coïncidence d'appendicite aiguë et de cholécystite ; plus rares sont les associations de cette dernière affection avec l'appendicite chronique ; Muller en a cité cependant 3 cas très nets dans lesquels la cholécystite a manifestement précédé les symptômes d'appendicite. Thévenin a souvent vu apparaître le syndrome, appendicite chronique au cours des cholécystites et exceptionnellement les rapports opposés.

Appendicite et ulcère d'ectomac. — Pour Paterson qui a étudié spécialement la question, dans 66 0/0 des ulcères d'estomac

il y aurait des lésions d'appendicite chronique ; nous disons bien des lésions et non des symptômes, car très souvent, on ne soupçonnait pas cliniquement l'altération du vermium. Mahnert a trouvé une proportion très comparable : 64 0/0 d'appendicite chronique au cours de l'ulcère d'estomac ; mais il considère avec Payr que, le plus souvent, les lésions appendiculaires seraient les premières en date et provoqueraient les lésions gastriques par thrombose veineuse ou par embolie.

Appendicite chronique chez les tuberculeux pulmonaires. — Nous avons déjà envisagé la question des rapports de l'appendicite chronique et de la tuberculose pulmonaire, et avons rejeté la théorie de l'infection sanguine. Comment donc expliquer ces rapports, car ils existent : Letulle a trouvé dans les autopsies de ses tuberculeux 30 0/0 de lésions d'appendicite chronique. La tuberculose conduit-elle à l'appendicite, ou l'appendicite à la tuberculose ? Il semble bien aujourd'hui qu'il y ait entre ces deux affections échange de mauvais procédés. Sargent l'a montré ; la tuberculose conduit à l'appendicite par gavage, par la suralimentation, par la viande crue qui agit en fatiguant l'intestin d'abord, et en y introduisant souvent des helminthes. L'appendicite conduit à la tuberculose par la réduction de l'alimentation à un régime peu substantiel, surtout par la déminéralisation résultant et de ce régime et des ferments lactiques employés comme thérapeutique, enfin par les défaillances enzymatiques protéolytiques et lypolytiques (Loeper et Esmonnet).

Bialokur explique les petits troubles appendiculaires du début de la tuberculose par de petites ulcérations cæcales et appendiculaires. La laparotomie avec appendicectomie guérirait ces lésions et permettrait l'alimentation normale et même la suralimentation, ce qui faciliterait le traitement de la tuberculose. Ainsi s'expliqueraient certains cas d'appendicite à forme pseudo-tuberculeuse de Faisans.

Expérimentation

Beaussenat, dans les admirables expériences publiées dans sa thèse, a prévu les objections qui seraient faites à la théorie de l'origine colitique de l'appendicite chronique : il a fait absorber à un lot de lapins des viandes en voie de putréfaction, provoquant ainsi chez eux de l'entéro-colite ; il a après quelques semaines enlevé l'appendice de ces lapins et y a trouvé de la folliculite très intense.

CONCLUSIONS

Sonnenburg fait remarquer qu'il y a à l'origine de l'appendicite chronique un véritable complexus étiologique : faible vascularisation du mésentère, infection générale (grippe, néphrite, angine, etc.), constipation, infections locales.

C'est Guinard, auquel nous avons fait de fréquents emprunts pour cette étude étiologique, qui en tirera la conclusion :

« En somme, toute appendicite débute par une lymphangite ou une folliculite infectieuse, et la pathogénie de cette infection est complexe ; elle est due à la localisation sur l'appendice d'une maladie générale ou à la propagation d'une infection voisine ; cette localisation tient à une prédisposition variable dans sa nature, mais qui a dans tous les cas pour effet de troubler le fonctionnement physiologique de l'appendice. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La question des lésions du vermium dans l'appendicite chronique a donné lieu à bien des discussions ; certains chapitres de cette anatomie pathologique ont soulevé bien des controverses : le piqueté hémorragique de la muqueuse appendiculaire est-il un fait pathologique ou provoqué artificiellement par l'ablation de l'appendice ? Les vers intestinaux que l'on rencontre dans l'appendice y provoquent-ils des lésions et quelles sont-elles ? Sur quelles bases enfin asseoir un diagnostic sûr d'appendicite chronique, l'appendice une fois en main. Ce dernier problème posé devant l'Académie de Médecine par Cornil et par Dieulafoy a passionné non seulement le monde médical, mais aussi le grand public que des journaux quotidiens tenaient au courant des moindres passes de cette lutte. Aujourd'hui les passions soulevées sont éteintes et nous croyons que l'on peut écrire ce chapitre d'anatomie pathologique en y faisant une bien petite place aux discussions. Assez de faits sont acquis, qui nous permettent de donner une opinion universellement admise.

Situation de l'appendice

Cette question semble *a priori* sortir un peu de l'étude de l'appendicite chronique, nous croyons cependant devoir lui consacrer au moins quelques lignes et cela pour deux raisons : 1° l'appendicite chronique fixe souvent dans une position définitive l'appendice malade ; 2° il est intéressant pour l'opérateur de savoir où il a les plus grandes chances de rencontrer l'organe qu'il cherche.

L'une des statistiques les plus imposantes parmi celles qui ont été publiées à ce sujet est celle de Liertz ; il relève 2092 cas ; il tire de ses recherches le pourcentage suivant :

Pelvien dans.....	37	0/0
Iléo-cæcal dans.....	12	0/0
Latéro-cæcal dans.....	10	0/0
Herniaire dans.....	13	0/0
Rétro-cæcal dans.....	21	0/0
Situation haute dans.....	4	0/0
En bas et en avant dans.....	2	0/0
Invaginé dans le cæcum dans.....	0,3	0/0
A gauche avec le cæcum dans....	0,7	0/0

Liertz a recherché par transfixion, au moyen de longues aiguilles sur 85 cadavres, à repérer la position de l'appendice par rapport à la paroi abdominale.

Il l'a trouvé six fois au point de Mac Burney, soixante-neuf fois au point de Lanz ou à moins de 2 centimètres de lui ; dans les 16 autres cas, il y avait une anomalie des viscères. Il en conclut qu'il faut inciser la paroi parallèlement à l'arcade crurale sur une longueur de 6 centimètres dont le milieu serait le point de Lanz.

En effet, l'on a toujours tendance à inciser trop haut dans la recherche de l'appendice ; l'incision indiquée par Liertz et basée sur des considérations anatomiques nous paraît excellente.

Sur la question de la position de l'appendice, par rapport au cæcum, nous émettons cependant quelques réserves. Nous n'avons pas entrepris une statistique précise, néanmoins l'impression très nette résultant des opérations d'appendicite très nombreuses auxquelles nous avons aidé ou seulement assisté et de celles beaucoup moins nombreuses que nous avons pratiquées est que l'appendice malade est le plus souvent rétro-cæcal ; cette localisation nous paraît, malgré l'opinion de Liertz, beaucoup plus fréquente que la localisation dans le petit bassin.

Guido Lerda, dans un article consacré à l'appendice iléo-cæcal ectopique distingue trois variétés de situation du vermium :

1° Les appendices normaux, ou normalement descendus avec

mésentère adéquat, libres dans la fosse iliaque, devant, latéralement ou derrière le cæcum dont ils partent ;

2° Les appendices ectopiques, hautement situés, avec ou sans rétention élevée du cæcum, ou bien simplement tirillés en haut par l'absence ou l'insertion élevée et la brièveté exagérée du méso ;

3° Les appendices dystopiques par descente anormale de la portion cæco-appendiculaire dans le pelvis, la région ombilicale, la racine mésentérique, etc...

Ainsi Guibé a présenté à la Société anatomique un cas de cæcum à long méso mobile : et à Siliague s'insinuant jusque dans la fosse iliaque droite, Johnson, une insertion sur le flanc gauche de la quatrième vertèbre lombaire.

Ce ne sont pas là des considérations purement anatomiques ; elles n'auraient pas, dans ce cas, trouvé de place ici ; ce sont des états que nous avons cru devoir rappeler en raison des conséquences pathologiques qui en résultent ; quand nous devrons discuter les conceptions de Fischler sur l'atonie cæcale ou de Wilms sur le cæcum mobile, nous ferons appel à ces données.

Il est de même quelques anomalies que nous croyons devoir signaler ici ; elles sont extraites non de livres d'anatomie, mais d'observations rédigées par des opérateurs ; elles nous intéressent à cause précisément des enseignements que l'on peut en donner pour la recherche et l'ablation de l'appendice chroniquement enflammé.

Brunswick le Bihan a trouvé, chez 21 sujets sur 36, au cours d'autopsies, l'appendice appliqué au péritoine de la fosse iliaque sans méso. On conçoit avec quelle facilité un tel appendice peut se couder, faire de la rétention ou des troubles circulatoires, mais la fréquence avec laquelle Brunswik a retrouvé cette disposition nous fait supposer qu'il s'agit là d'une disposition spéciale propre aux Arabes.

Caillaud, dans sa thèse, rapporte une série de faits d'appendicite chronique développés dans une hernie ; il n'est pas douteux que la sortie et la réduction de l'appendice ont dû avoir, dans ces cas, une influence manifeste sur son inflammation. Dans un cas, Kirmisson a trouvé l'appendice hernié seul sans sac ; son sommet était adhérent au déférent.

Bonnet, Routier ont trouvé l'appendice inclus dans la terminaison du mésentère; des cas analogues seraient peut-être passés inaperçus entre les mains de chirurgiens moins prévenus, et auraient été intitulés : absence d'appendice. Il importe donc de les signaler.

Grassnick a trouvé le vermium chroniquement enflammé inclus dans le corps utérin où il avait produit un abcès.

Nous nous bornerons à rappeler ici la possibilité de localisation de l'appendice à gauche, soit par trop grande mobilité cæcale (mésos long), soit par inversion des viscères.

LÉSIONS MACROSCOPIQUES

L'appendice est entre les mains du chirurgien ; quelles lésions macroscopiques va-t-on pouvoir trouver ? L'aspect n'en est pas toujours uniforme ; il l'est même presque rarement ; néanmoins, nous croyons devoir d'abord décrire quelques types schématiques ; ultérieurement nous montrerons comment ces divers types se juxtaposent sur le même organe.

Forme et volume

L'un et l'autre peuvent être modifiés ; ils revêtiront alors généralement un des types suivants :

Forme longue et enroulée. — Celle-ci semble ne pas constituer pour ainsi dire un type pathologique ; elle se rencontre surtout chez des enfants ou des adolescents : la coloration, le calibre extérieur de l'appendice semblent normaux, ils le sont, mais l'appendice a une longueur disproportionnée à ce calibre, à l'âge de l'enfant ; nous avons vu chez un enfant de dix ans un vermium de dix-huit centimètres après section du méso. Tuffier et Jeanné citent appendice de dix-sept à dix-huit centimètres ; Franckel, un de vingt centimètres ; Wálther, un de vingt-cinq centimètres ; Reclus un de vingt-deux. Il se produit par suite de cette trop grande longueur un enroulement en tire-bouchon autour du méso. Cette

disposition peut être héréditaire et prédisposer à l'appendicite dite familiale : Lejars en a vu 2 cas dans une même famille. Nous croyons devoir décrire ici cette forme anatomique de l'appendice, bien qu'à beaucoup de points de vue, cet organe semble sain (coloration, coupe), parce qu'à une telle forme correspond très souvent un état de mal appendiculaire ; nous avons vu très souvent chez des enfants ces appendices donner lieu à des douleurs, à de très petites coliques appendiculaires, qui, par leur répétition, conduisent les enfants entre les mains du chirurgien ; nous croyons qu'on peut presque poser l'équation : petites douleurs minimales répétées sans aucun symptôme toxique, ni gastro-intestinal : appendice long et tordu sans autre lésion.

Forme et volume extérieurs normaux. — L'examen de l'appendice, avant son ablation, peut, en effet, ne révéler aucune lésion alors que la coupe montrera que l'organe est malade.

Forme hypertrophique. — Cette augmentation de volume peut être assez prononcée, bien qu'elle n'atteigne pas les dimensions des appendices atteints d'une inflammation aiguë ; on constate parfois un volume comparable à celui d'un auriculaire de main de femme ; cette hypertrophie est souvent localisée à la partie distale *appendice en battant de cloche* ; elle coïncide le plus souvent, qu'elle soit généralisée ou localisée, avec une vascularisation intense de l'appendice ; nous reviendrons tout à l'heure sur ce caractère.

Forme atrophique. — Cette forme, souvent localisée à la pointe de l'appendice, peut réduire le volume de l'organe entier à de très petites dimensions : nous avons trouvé, chez une malade que nous avons eu l'occasion d'opérer à la Pitié et dont nous donnerons plus loin l'observation (obs. IV) partant de l'extrémité du cæcum un cordon blanchâtre, d'un blanc nacré qui allait se fixer à la trompe droite : ce tractus blanchâtre avait les dimensions d'une grosse mine de crayon ; on ne retrouvait de cavité que dans la partie proximale de l'organe, sous forme d'un canal à peine perceptible.

Forme kystique. — Cette forme, le plus souvent irrégulière

(bosselure et rétrécissements) est très rare ; ces kystes peuvent être assez volumineux ; gros comme une noisette dans un cas de Schweiger, gros comme une amande verte dans un cas de Pothe-rat. Parfois ils sont assez longs (cas de Lejars et Ménétrier). Nous aurons à revenir sur cette forme anatomique d'appendicite.

Direction

Nous avons déjà eu à nous occuper de la direction de l'appendice en étudiant sa situation ; souvent on rencontre aussi des appendices soudés par une adhérence, prenant une forme de V. On trouvera plus loin l'observation de M^{me} G. (obs. XII) chez qui une bride d'adhérences venue de la trompe droite passait obliquement sur l'appendice et allait se perdre sur la fosse iliaque crava-tant l'appendice.

Coloration

Celle-ci peut-être normale, nous l'avons vu ; souvent sur une teinte normale des vaisseaux plus abondants qu'ils ne le sont généralement et extrêmement sinueux traduisent par leur abondance et leurs varicosités l'état inflammatoire du vernium.

Souvent la folliculite que nous verrons être une des lésions les plus fréquentes de l'appendice chronique, se traduit extérieurement par un aspect truffé : coloration plus foncée, par places arrondies, correspondant au siège des lésions folliculaires. Les calculs appendiculaires peuvent aussi être perçus de l'extérieur par une différence de coloration ; celle-ci est plus sombre au niveau des calculs. Parfois, la surface séreuse est recouverte d'une sorte de voile rosé, diaphane, modifiant légèrement la couleur de l'appendice : c'est, dit M. Walther, comme un second revêtement péritonéal. Ce voile n'est pas toujours uniforme : parfois il présente une série de stries dirigées parallèlement. Notons enfin la teinte nacrée des appendices scléreux.

Consistance

Trois éléments peuvent augmenter celle-ci :

1° Une *infiltration* d'une partie des unguis de l'appendice ; cette infiltration se localise généralement à la partie terminale, qui devient non seulement dure, mais plus volumineuse, et perd sa flexibilité : *l'appendice est en érection* (Walther) ;

2° La présence de *calculs* ;

3° La *transformation scléreuse* de tout ou partie du vermium.

Coupe longitudinale

La coupe montre deux aspects possibles de la muqueuse :

1° **Forme folliculaire.** — La muqueuse est par, places, tachetée de macules violacées : ilots de teinte sanguine, presque ecchymotique, arrondis ou ovalaires, donnant à la muqueuse, quand ils sont généralisés, l'aspect d'une peau de panthère. Mais, pour bien voir cet aspect, il faut avoir soin de laver l'appendice sous un petit filet d'eau courante : celle-ci le débarrasse du mucus jaunâtre qui recouvre habituellement la muqueuse. Il est rare que ces taches folliculaires occupent toute l'étendue de l'appendice ; le plus souvent, on trouve plusieurs ilots composés de taches confluentes. Cette forme est aussi caractérisée, si les lésions sont intenses, par des ulcérations, le plus souvent localisées à la muqueuse. Nous avons eu dernièrement l'occasion de trouver dans l'appendice d'une malade qui n'avait jamais eu de crise véritable, mais qui souffrait depuis six ans (obs. XI) trois ulcérations dont une avait les dimensions d'un grain de blé et avait envahi la musculuse.

Forme atrophique. — Dans les vieilles appendicites, la sclérose a transformé les parois de l'appendice ; celles-ci, moins épaisses, plus dures, crient sous le bistouri et montrent une partie au moins

de leur épaisseur, quand ce n'est pas la totalité de la paroi, réduite à une couche blanc nacré.

De même, un processus de sclérose peut transformer en un mince cordon blanc, une partie de l'appendice, siège d'une inflammation plus intense, bien que cliniquement atténuée. Le plus souvent, d'ailleurs, la sclérose envahit d'abord l'extrémité seulement de l'appendice tandis que la paroi proximale est atteinte de folliculites hémorragiques, puis peu à peu la sclérose gagne de l'extrémité vers la partie cœcale.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES

Elles ont fait l'objet d'une discussion encore récente à l'Académie de médecine (mai-juin 1906), discussion au cours de laquelle Cornil insista sur l'importance de l'examen histologique. Cet examen révèle des lésions dont l'étude a été faite par Cornil, par Letulle et Weinberg. Nous leur ferons de larges emprunts, tant leurs descriptions sont admirables de clarté. Il est impossible de donner une idée plus précise et plus nette, en d'autres termes que les leurs,

« J'ai examiné pour mon compte des centaines d'appendices enlevés par des chirurgiens. Eh bien ! je déclare qu'aucun d'eux n'était normal ; tous présentent des lésions plus ou moins accentuées. Et ne croyez pas que ce soit là un certificat de complaisance pour mes confrères. M. Letulle, dont les travaux, seul, ou avec M. Weinberg font autorité dans la matière, vous ferait la même déclaration ».

« La difficulté du diagnostic de l'appendicite est souvent très grande. Cette difficulté est telle, que le chirurgien, après avoir enlevé l'organe, l'anatomo-pathologiste, en l'examinant à l'œil nu, se demandent, non sans anxiété parfois, s'il est normal ou non. Pour s'en rendre compte, l'examen histologique est nécessaire ».

Et, à la fin de sa communication, Cornil insiste encore sur le même sujet :

« De cette rapide revue de l'appendicite, je conclurai que le chirurgien qui enlève un appendice est loin de savoir toujours de quelle

variété de lésion il s'agit. On ne peut même pas faire habituellement le diagnostic anatomique à l'œil nu quand on a la pièce en main. L'histologie, la microbiologie, nécessaires pour préciser un diagnostic, ont éclairé le mieux du monde la pathologie appendiculaire.

« Messieurs, je ne tirerai pas vanité de cette constatation toute en faveur du microscope : car la clinique et l'histologie sont sœurs et se prêtent un mutuel et fraternel appui ».

Et maintenant voici la description que donnent Letulle et Weinberg des lésions elles-mêmes :

« Hormis les cas d'oblitération cicatricielle du canal appendiculaire (dans lesquelles la disparition des follicules était la lésion fondamentale) toute appendicite chronique s'accompagne d'altérations folliculaires. La folliculité chronique peut y être hypertrophique, hyperplasique ou atrophique.

» Les formes anatomo-pathologiques de l'appendicite chronique sont des plus variées. On peut isoler trois types principaux, rarement localisés en un point circonscrit :

» 1° Appendicite *hypertrophique* ; les glandes de Lieberkühn sont allongées parfois d'une manière excessive ; les follicules lymphatiques hypertrophiés envahissent le chorion de la muqueuse et peuvent venir toucher le revêtement épithélial. A leur niveau, les glandes s'écartent par une sorte de dislocation qui respecte leur embouchure et refoule le canal. La sclérose du tissu conjonctif sous-muqueux ne fait jamais défaut dans ces faits. Les couches musculaires restent normales, s'hypertrophient ou s'atrophient suivant les cas.

» 2° Appendicite *hyperplasique*. Outre l'hypertrophie des follicules, on observe une multiplication de ces éléments qui peuvent tracer au-dessous de la muqueuse une couche continue d'énormes îlots de tissu réticulé. L'hyperplasie des cellules adipeuses s'observe de même communément dans les régions sous-muqueuses en particulier. L'état des glandes de Lieberkühn et des fibres musculaires est indépendant des processus folliculaires.

» 3° Appendicite *atrophique*. L'organe entier peut être réduit au minimum. L'involution de ses parties constitutives peut être

généralisée ou localisée ; dans ce dernier cas la muqueuse et ses dépendances sont les parties les plus frappées.

» Au niveau de la sténose circonscrite du canal appendiculaire, les altérations atrophiques partielles de la muqueuse sont des plus apparentes et la disparition de tout le système folliculaire y est possible, ainsi que celles des glandes. L'oblitération totale cicatricielle de l'appendice ne comporte plus trace de glande ni de follicule. Lors d'oblitérations partielles portant sur un fragment plus ou moins étendu de l'extrémité libre, nous avons rencontré, à plusieurs reprises, une évolution épithéliomateuse des glandes en tube incluses dans la cicatrice. »

Ces trois types se succèdent généralement l'un à l'autre ; dans un premier temps, il y a simple hypertrophie folliculaire, puis vient un stade d'hyperplasie inflammatoire, à laquelle succède enfin la sclérose et l'atrophie. Il est fréquent de rencontrer dans la partie juxta-cæcale de l'appendice le type hypertrophique ou hyperplasique alors que toute l'extrémité est atrophique, scléreuse, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte déjà par l'examen macroscopique.

Il est une forme anatomo-pathologique d'appendicite qui mérite une mention spéciale : c'est l'appendicite vermineuse.

L'existence de l'appendicite vermineuse a été longtemps combattue ; l'histologie en a montré l'existence dont elle a fourni trois preuves (G. Railliet) : 1° la pénétration des parasites dans la muqueuse ; 2° l'existence de lésions intenses et prédominantes autour du ver ; 3° la présence autour de lui de toute une flore microbienne.

L'observation de Girard montre avec évidence l'extrémité antérieure d'un trichocéphale fixée à l'intérieur de la muqueuse ; autour de cette extrémité se voient des lésions banales d'appendicite, mais ces lésions, ainsi que de nombreux microbes (streptocoques, bacilles ramifiés prenant le Gram, cocco-bacilles ne le prenant pas) sont localisés autour de cette extrémité antérieure. Dans un cas de Weinberg, on trouve dans la muqueuse un organe femelle et un œuf de trichocéphale, et localisés autour d'eux des lésions banales d'appendicite et des microbes prenant le Gram, probablement des anaérobies. Dans un cas de Romanovitch, opéré par

Walther, autour des oxyures fixés dans la paroi, lésions inflammatoires et flore microbienne, composée de staphylocoque perfringens entérocoque, bacillus bifidus et enfin bacterium coli. Walther a montré à la Société de Chirurgie des piqûres en séton réalisées par des oxyures.

Pour Ménétrier, les oxyures pourraient même produire des lésions inflammatoires non seulement en se fixant dans la paroi, mais même par leurs simples produits d'excrétion irritants.

CONTENU DE L'APPENDICE

Nous n'avons envisagé jusqu'à maintenant que les lésions macroscopiques de l'appendice lui-même; nous avons cependant, en l'ouvrant, pu trouver dans le canal appendiculaire une série d'éléments dont la présence à ce niveau suffit à affirmer l'état pathologique de l'appendice. Nous ne nous occuperons donc pas du mucus appendiculaire ou des matières qui y sont l'un normal et constant, les autres sinon constantes, du moins normales.

Cependant, Beaussenat, dans ses expériences sur l'appendicite, n'a jamais trouvé de matières dans les appendices qu'il n'avait pas lésés expérimentalement; il en a conclu que la présence de matières dans l'appendice est un fait anormal, un signe de stagnation, donc dû à une perte de la contractilité appendiculaire; cette opinion est contredite par Jalaquier qui, dans l'appendicite, sent l'appendice se contracter sous le doigt.

Concrétions fécales. — Il n'en saurait être de même de concrétions fécales, non plus molles ou normalement consistantes, mais tassées, durcies par le séjour prolongé dans l'appendice. Il y a là une preuve de stagnation qui suffit pour permettre d'affirmer l'état anormal de l'appendice.

Calculs. — On rencontre assez fréquemment dans les appendices chroniquement enflammés des calculs présentant des formes diverses; généralement ils prennent la forme de noyaux de fruits, à tel point que, lors des premières observations d'appendicite,

on a cru rencontrer de véritables noyaux (noyaux de cerises, de dattes, pépins de raisin, etc.), cette constatation donnait même un argument en faveur de la théorie du vase clos. La méprise est d'ailleurs facile. Guinard, dans *le Traité de Chirurgie*, a rapporté une observation absolument caractéristique : en opérant une malade, il disait à ses assistants ne pas croire à la présence, à ce moment si souvent citée dans tous les travaux, de noyaux dans la cavité appendiculaire. Il enleva l'appendice, l'ouvrit et fut étonné en y trouvant un noyau de cerise, il dut s'avouer vaincu jusqu'au moment où ayant coupé aussi ce prétendu noyau, il le vit formé de couches concentriques : il s'agissait d'un calcul.

Ceux-ci s'accroissent, en effet, par couches concentriques. Parfois on peut trouver à la partie centrale un corps étranger peu volumineux (erin, soie de porc, etc.).

La composition chimique de ces calculs est la même que celle des calculs intestinaux. Elle a été étudiée par Rochaz, Berlioz, Patein. Ces calculs sont un mélange de sels calcaires, de sels de magnésie, de quelques chlorures, de sulfates et même parfois d'un peu de cholestérine. Aberle les dit constitués de 60,5 0/0 de phosphate de chaux et de 4,3 de phosphates ammoniaco-magnésiens.

Neumann et certains autres auteurs admettent que ces calculs peuvent agir sur la muqueuse en la traumatisant.

Sang. — L'on rencontre assez souvent, dans les cas de folliculite hémorragique, à l'intérieur de l'appendice, un peu de sang noir non coagulé. Celui-ci est lié à l'existence de ces foyers de folliculites hémorragiques, mais il peut aussi être dû à l'ablation même (pince trop serrée, par exemple).

Corps étrangers. — Nous avons vu que parfois l'on trouvait à l'intérieur des calculs des corps étrangers peu volumineux. On a pu aussi en trouver de plus volumineux dans la cavité appendiculaire.

Barrette a communiqué à la Société de Chirurgie une des premières observations d'appendicite chronique (mars 1899), caractérisée par de petites crises douloureuses durant quelques heures, du météorisme et le réveil de la douleur par la pression au point de

Mac Burney. A l'ouverture de l'appendice, on trouva deux grains de plomb n^{os} 5 et 6. Il existait de la sclérose paraissant liée à la présence de ces grains; au-dessous d'eux, le calibre de l'organe était rétréci. Par contre, au cours d'une autopsie, Quénu a trouvé une épingle dans un appendice: la pointe était tournée vers l'extrémité du vermium, le corps du délit était recouvert d'un épais dépôt stercoral démontrant un assez long séjour à ce niveau. Or, il n'existait aucune lésion de la muqueuse.

Guinard a trouvé une fois un os de mauvielle ou de pigeon, une autre fois une vertèbre de sole avec arêtes; dans ces deux cas, le corps étranger, introduit longtemps avant, avait fini par perforer l'appendice.

Demoulin a signalé un gros coprolithe formé autour d'un clou à bride de sabot toléré pendant trois mois.

Bell a fait un relevé portant sur plus de 1.000 observations: sept fois seulement, il a montré des corps étrangers intra-appendiculaires: deux fois des épingles, une fois une arête de poisson, une fois deux calculs biliaires, une fois un pépin de pomme, une fois un ascaris. (Bell ne compte pas les trichocéphales ni les oxyures) mais il laisse de côté les corps étrangers contenus dans les coprolithes. Dans un de ces cas, le malade vint consulter pour un trajet fistuleux inguinal; à l'exploration, on vit que celui-ci passait sous le ligament de Poupard et conduisait dans la cavité appendiculaire adhérente et ouverte; Bell réséqua l'appendice et trouva dans la cavité une épingle qui n'avait pas produit d'appendicite à proprement parler; dans deux autres faits, les corps étrangers (calculs biliaires et épingle) avaient pu séjourner plusieurs mois, voire plusieurs années, sans provoquer de phénomènes inflammatoires jusqu'au jour où un coup reçu sur l'abdomen avait déterminé une rupture de l'appendice avec péritonite généralisée.

Nous avons personnellement assisté à plus d'un millier d'appendicectomies; or, nous n'avons jamais, à l'ouverture (qui a toujours été pratiquée), trouvé de corps étrangers vrais (nous ne comprenons sous ce vocable ni les calculs, ni les vers de quelque nature que ce soit).

On peut donc tirer de tous ces faits une double conclusion: 1° les corps étrangers vrais de l'appendice sont exceptionnels; 2° leurs

présence ne suffit pas pour provoquer des réactions inflammatoires.

Vers intestinaux. — Ceux-ci sont fréquents. Trois catégories de vers se rencontrent dans l'appendice : *l'ascaris* qui en est bien rarement l'hôte ; les *trichocéphales*, plus fréquents, et surtout les *oxyures* qui sont loin d'être une rareté. Les vers appendiculaires ont été surtout étudiés par Blanchard, par Metschnikoff et tout récemment, dans la thèse très remarquable de notre ami Railliet. Mais, tandis que les auteurs, qui, les premiers, se sont occupés de la question, faisaient de la présence d'helminthes dans la cavité du vermium toute l'appendicite, Guiart, Railliet et tous ceux qui, actuellement, s'occupent de la question, ne voient dans les vers qu'un agent d'ensemencement microbien ou irritation toxique de la muqueuse appendiculaire. Les parasitologues eux-mêmes ne voient plus dans l'administration du thymol le seul traitement de la crise d'appendicite.

Le nombre d'helminthes rencontrés dans le vermium est variable suivant l'espèce à laquelle ils appartiennent : tandis que les ascariides sont le plus souvent isolés, les trichocéphales sont le plus souvent au nombre de un ou deux, les oxyures sont beaucoup plus nombreux ; on en rencontre souvent 10 à 15 ; dans un cas de Brumpt et Lecène, on a pu en compter 50 ; dans un cas de Still 141, dans un de Jalaguier 118.

On peut aussi trouver dans la cavité des œufs de ces différents hôtes.

Notons en passant que l'on a signalé la présence dans l'appendice de un ou deux anneaux de *tœnia* dans un petit nombre de cas. Tous avaient trait à des adultes.

Microbisme normal et pathologique de l'appendice. — Pour Gilbert et Lippmaun qui ont pratiqué l'étude du microbisme normal de l'appendice chez l'homme, le lapin et le chien, l'appendicite serait liée à l'exaltation de la virulence des hôtes normaux de la cavité. Parmi ceux-ci, l'un d'eux se retrouve plus abondant que tous les autres, c'est le coli-bacille, dont l'abondance empêche les autres micro-organismes de pousser sur les milieux de culture. Ces

auteurs attachent une très grande importance aux anaérobies qui l'emportent de beaucoup sur les aérobies : ce sont d'ailleurs les mêmes microbes que Gilbert et Lippman ont trouvé dans les voies biliaires, les canaux pancréatiques et salivaires, ce sont eux aussi que l'on a trouvés dans le pus des appendicites, surtout dans les appendicites à pus fétide.

Grigoroff conclut de l'examen de 31 appendices malades et de 18 appendices sains que l'appendice malade contient principalement des anaérobies stricts, quelquefois des anaérobies facultatifs, tandis que l'appendice sain contient toujours des aérobies, mais jamais d'anaérobies facultatifs ou non. Ces recherches s'appliquent-elles dans l'esprit de l'auteur à toutes les appendicites, chroniques ou aiguës ? il est permis d'en douter et de penser qu'il n'a eu en vue que les appendicites aiguës.

Lésions para-appendiculaires secondaires à l'appendicite chronique

Kystes et diverticules de l'appendice. — Les kystes et les diverticules de l'appendice sont de même origine, ils sont toujours consécutifs à une inflammation appendiculaire ; cependant Hedinger a cité un cas de diverticule congénital. Les kystes et diverticules ont fait l'objet de travaux de Letulle et Weinberg (1897), Walther (1900), Mertens (1902), Brunn, Elbe (1909), Gottsheim (1911), Simon (1911), Lejars (1911), Zondek (1911).

Les diverticules représentent généralement des lésions anciennes et ils constituent un point d'appel pour les infections secondaires. Ils se développent souvent dans le méso : il y a donc intérêt à ne pas sectionner celui-ci au ras de l'appendice pour ne pas laisser dans le moignon du méso une partie d'une cavité généralement infectée. Ces diverticules acquièrent ordinairement un certain volume (cas de Lejars et Ménétrier) ; ils peuvent être gros comme une amande verte (cas de Potherat et de Brunon) ou comme une noisette (cas de Schweiger) ; ils peuvent être multiples comme dans un cas de Sissojeff où l'appendice était complètement recouvert de bosselures saillantes dont le volume variait de celui d'un pois à celui d'une noisette ; l'appendice était très enflammé avec

de petits abcès miliaires et des ulcérations de la muqueuse ; un seul de ces diverticules était couvert de muqueuse.

Ces diverticules sont, d'après Simon, le résultat d'une folliculite aboutissant à la perforation musculuse sans lésion des deux autres tuniques ; c'est un hiatus de la musculuse à travers lequel la muqueuse fait hernie et refoule la séreuse ; ils peuvent aboutir à la perforation de l'appendice.

Les kystes sont moins fréquents : Elbe, dans une revue générale en réunit seulement 150 cas. Ils ont la même structure que l'appendice, mais tous les éléments en sont amincis. Leur contenu est muqueux, stérile ou en tous cas peu virulent. Leur muqueuse ne contient que de rares éléments lymphoïdes. Pour Goldschwend, la pathogénie des kystes est la suivante : il se produirait une inflammation localisée à la base de l'appendice et cette inflammation entraînerait la sténose complète de la lumière. Peu à peu, les masses muqueuses secrétées s'accumulent, dilatent l'organe et forment le kyste. Dans un cas de Lecène, il y avait distension progressive des parois qui avaient cédé en certains points et produit des pseudo-diverticules, véritables petits anévrismes de la paroi appendiculaire ; à leur niveau, il y avait amincissement extrême, en certains points, disparition de la couche musculuse, réduction de la sous-muqueuse à une couche lymphoïde, aplatissement de la muqueuse avec un revêtement de cellules cubiques sans formations glandulaires. Parfois, ces parois amincies peuvent se rompre et la masse mucilagineuse se répand dans le péritoine qu'elle irrite (nombreux cas de pseudo-myxome péritonéal : Chavannaz, 2 cas de Neumann. Harnsen, Piquine. Wilfrid Trotter, etc.)... Parfois même des cellules muqueuses venues de l'appendice peuvent se greffer sur le péritoine et y produire des kystes péritonéaux.

Ganglions. — Il est rare de trouver dans l'appendicite chronique des ganglions perceptibles à l'œil nu : on peut généralement admettre, quand on en rencontre, que la lésion chronique a donné lieu un jour à une crise inflammatoire aiguë oubliée ou passée inaperçue. Cependant, bien que nous n'ayons pas pu retrouver d'observations probantes d'appendicite chronique pure avec ganglions, on ne peut pas en conclure que la chose ne soit pas possible. Elle est exceptionnelle. Les ganglions enflammés

dans les appendicites subaiguës se trouvent généralement dans le méso ou derrière l'angle iléo-cæcal ; parfois, mais plus rarement, au-dessus de l'angle iléo colique ou dans le mésentère, autour du tronc de l'artère mésentérique supérieure. Gérard Marchand en a vu trois en avant du cæcum.

Généralement, ils sont peu nombreux ; ils atteignent rarement le volume d'un haricot.

Widal a retrouvé en eux les mêmes agents microbiens que dans l'appendice du sujet.

Enfin, puisque nous devons nous contenter des faits qui ne sont pas de l'appendicite chronique pure, notons ceux apportés en janvier et février 1900 à la Société de Chirurgie lors de la discussion sur les para-appendicites : on a trouvé ces ganglions que nous citions tout à l'heure altérés sans qu'il semblât y avoir traces d'altération du vermium. Pour Routier, dont l'opinion a été combattue par Bazy et Quénu, ces ganglions seraient néanmoins d'origine appendiculaire ; les lésions appendiculaires auraient disparu (du moins pour l'examen macroscopique) mais les ganglions seraient restés volumineux et durs ; il en est de même au cou après que les amygdales dont l'inflammation a provoqué des adénites cervicales sont redevenues en apparence normales. Peut-être quelques-uns de ces faits de ganglions para-appendiculaires seraient-ils aujourd'hui où l'appendicite chronique paraît mieux connue qu'en 1900, revendiqués par elle. Nous ne saurions tirer une conclusion : nous émettons seulement une hypothèse.

Péritonite adhésive. — Il en existe plusieurs variétés :

1° La forme la plus atténuée est constituée par le *simple voile péritonéal* rosé que nous avons signalé dans l'étude des lésions macroscopiques ;

2° *L'appendice seul peut adhérer*, soit par un point seulement, soit par sa totalité à la paroi de la fosse iliaque ou du bassin ou à l'un des organes adjacents.

Ces adhérences se font souvent par la pointe du vermium ; les organes les plus souvent adhérents sont la trompe et l'ovaire ; ils peuvent l'être par une bride fibreuse comme dans l'observation que nous avons citée plus haut (obs. XII) où une bride fibreuse

partie de la trompe droite cravatait l'appendice, attirant en bas sa partie moyenne et l'incurvant en V. ; plus rarement, l'appendice adhère à l'uretère ou à l'artère iliaque externe.

Quand l'appendice adhère en totalité, il peut se souder à la paroi cœcale, se graver même dans cette paroi, s'inclure dans le mésentère ou la paroi cœcale au point qu'il semble à première vue ne pas y avoir d'appendice : la présence de cet organe ne peut être décelée que par la palpation qui montre la présence d'un cordon dur, arrondi, régulier.

3° A un stade plus avancé, les adhérences s'étendent à l'appendice et au cœcum ; chez une malade du service du Dr Ricard, qui présentait comme seuls symptômes quelques douleurs dans la fosse iliaque droite, un peu de défense à ce niveau et un ou deux vomissements tous les mois le premier jour de ses règles, sans aucun autre signe en dehors de cette journée (obs. XI), nous avons trouvé un cœcum et un appendice faisant presque corps avec la fosse iliaque, sauf en un point où le cœcum était séparé du péritoine iliaque par un abcès du volume d'une grosse noix. Ces adhérences étaient telles que tout faisait corps : cœcum, appendice, terminaison de l'iléon, fosse iliaque.

Notons en passant que les adhérences donnent en général des formes douloureuses.

4° Parfois, en avant du cœcum, nous trouvons comme un rideau posé devant lui ; l'épiploon adhère à la paroi iliaque ou abdominale ; c'est le résultat d'une épiploïte chronique.

Épiploïtes chroniques. — Celles-ci ont été étudiées jusqu'à maintenant presque uniquement par M. Walther et ses élèves : l'histoire de cette étude comporte, en effet, seulement les communications de M. Walther aux Congrès de Chirurgie de 1897, 1906, 1911, diverses communications du même auteur à la Société de Chirurgie et trois travaux inspirés par lui : la thèse de Levrey (1899) ; le mémoire de médaille d'or de mon maître et ami le Dr Descomps (1906), la thèse de mon ami Haller (1912).

« Au début, c'est une *teinte rose*, plus ou moins accentuée quelquefois diffuse, occupant le plus souvent la moitié droite de l'épiploon ; déjà, à ce moment, on trouve d'ordinaire des *plaques granitées*, d'un rouge plus vif, rugueuses au toucher, zones d'épais-

sissement où l'épiploon est plus dur; plus tard, ces plaques sont plus épaisses et peuvent aboutir à la formation de ces masses volumineuses dures, gaenues qui sont souvent le siège de poussées inflammatoires subaiguës: dès le début, ces lésions paraissent presque toujours au bord libre de l'organe sous forme d'une bande rouge, granitée, épaisse. En même temps, on trouve à la surface de l'épiploon, soit à la face antérieure, soit à la face postérieure, de minces filaments en forme de brides irrégulièrement disposées, entrecroisées; plus tard, des brides plus épaisses, dures, fibreuses, enchevêtrées en tous sens, formant par sclérose progressive de véritables *nœuds de rétraction*.

» Il en résulte un raccourcissement de l'épiploon qui provoque la coudure de l'angle droit du colon, la coudure de l'angle gauche, des plicatures du colon transverse en un point quelconque, lésions bien connues au moins aux angles du colon.

» Très souvent existe une disposition sur laquelle je (Dr Walther) crois devoir insister parce qu'elle peut passer facilement inaperçue: de la face postérieure de l'épiploon, au ras de son insertion colique se détachent des brides qui vont s'insérer sur le feuillet inférieur du mésocolon, tout près de l'intestin. Ces brides enserrant, coupent la face inférieure du colon et il est facile de se rendre compte de la gêne constante qu'elles apportent à la circulation intestinale au même titre que les rétractions qui déforment les angles coliques. Ces brides affectent toujours la même disposition à la face postérieure de l'intestin; souvent on n'en trouve qu'une, parfois plusieurs, échelonnées à intervalles variables, sur le trajet du colon transverse.

» A une période avancée de l'évolution des lésions, au lieu de plaques granitées, rouges, on trouve des plaques blanches tantôt petites, isolées, tantôt étalées en larges lames sur une étendue plus ou moins considérable de l'épiploon.

» Les lésions peuvent rester toujours localisées à l'épiploon seul, comme en témoignent les faits nombreux que j'ai rencontrés de vieilles épiploïtes avec sclérose très accentuée sans aucune adhérence aux organes voisins.

» D'autres fois, l'épiploon contracte des adhérences ¹.

1. Walther, XIX^e Congrès français de Chirurgie, 1905.

D'autre part, en 1906, M. Walther a communiqué à la Société de Chirurgie des cas d'épiploïte chronique avec *foyers hémorragiques multiples*.

Ces adhérences épiploïques, dont nous venons de voir l'indication dans le compte rendu de M. Walter au XIX^e Congrès de chirurgie, peuvent se produire suivant plusieurs modalités :

1^o Elles peuvent se faire *avec le péritoine pariétal* : il existe alors en avant du cœcum un véritable rideau formé par l'épiploon ;

2^o Elles peuvent être *péricaliques*, soit qu'elles encerclent le colon, soit que l'épiploon aille adhérer à la face inférieure du méso-colon transverse (cas assez fréquent), soit qu'il adhère aux *lan-guettes coliques* ;

3^o Elles sont, ainsi que nous venons de le voir, le plus souvent localisées autour de l'angle droit du colon, parfois elles accolent autour de cet angle droit le colon ascendant et le colon transverse sur une certaine longueur, leur donnant la disposition *de deux canons de fusil*.

Ces adhérences épiploïques jouent un rôle important dans la pathogénie des coudures ou torsions intestinales post-appendiculaires.

Haller qui a fait un relevé des 1453 appendicectomies pratiquées par notre Maître M. Walther, de 1901 à 1911 en ville, et du 1^{er} janvier 1906, au 1^{er} juin 1911 à la Pitié, a trouvé :

Sur 1.453 appendicectomies, M. Walther a trouvé de l'épiploïte dans 372 cas, soit 25,6 0/0.

Sur ces 372 cas, dans 191, il n'y avait aucune adhérence, dans 181 l'épiploon malade était adhérent. Voici maintenant la localisation des adhérences dans ces 181 cas :

a)	Adhérence à l'angle colique droit.....	71 cas
b)	— à la paroi abdominale antérieure	
	ou latérale.....	52 »
c)	— à la fosse iliaque droite.....	4 »
d)	— au cœcum.....	24 »
e)	— au côlon ascendant.....	21 »
f)	— au côlon transverse.....	4 »
g)	— à l'appendice.....	22 »

h)	Adhérence à l'intestin grêle.....	5 »
i)	— à l'angle iléo-cæcal.....	2 »
j)	— à l'estomac.....	3 »
k)	— au petit bassin.....	14 »
l)	— à la vessie.....	12 »
m)	— à l'utérus.....	15 »
n)	— aux annexes.....	18 »
o)	Lames péritonéales unissant le côlon ascendant et transverse en canons de fusil.....	14 »
p)	Dispositions formant tunnel.....	33 »
	Brides préreinales.....	15 cas
	Double voile péritonéal de péricolite, péri- typhite, péri-appendicite.....	104 cas

Notons que dans tous ces cas, il n'y avait pas simplement adhérence épiploïque mais *épiploïte chronique avec adhérences*.

Deux faits ressortent de cette statistique :

1° La grande fréquence (104 cas sur 181) du double voile péritonéal autour du colon ascendant, du cæcum et de l'appendice ;

2° La fréquence de la localisation des lésions (71 cas sur 181, soit 39,28 0/0) autour de l'angle droit du colon.

Les adhérences appendiculaires, cæcales, ou épiploïques entraînent une série de complications : et d'abord la possibilité des *coudures*, de *torsions intestinales* ; celles-ci pouvant du reste se produire après l'opération avec le moignon, même enfoui, s'il existe un peu d'inflammation de la séreuse cæcale qui a servi à l'enfouissement, que cette inflammation soit pré- ou post-opératoire. Donc, possibilité de *volvulus* ou d'*occlusion intestinale par coudure*. Cet accident est rare.

Les lésions appendiculaires peuvent aussi se propager aux annexes ; de même la marche inverse peut aussi se produire ; ces lésions salpingiennes d'origine appendiculaire débutent par la séreuse (Hartmann) car elles sont le fait d'une propagation par contact ; elles diffèrent ainsi au point de vue anatomo-pathologique des autres lésions salpingiennes post-abortives ou gonococciques où les lésions débutent par la muqueuse. Vecchi, dans le cas de

flirt appendiculo-annexiel dit avoir trouvé surtout des lésions scléreuses. Pellat a montré dans sa thèse la fréquente coexistence d'appendicite et de grossesse extra-utérine par tiraillement de la trompe, ou par des adhérences oblitérant son pavillon; il conseille donc d'examiner l'appendice toutes les fois qu'on le pourra en opérant une hématoçèle. Nous avons personnellement opéré cette année six hématoçèles sur lesquelles trois seulement au côté droit; dans deux seulement il y avait appendicite avec grosses adhérences, mais on ne pouvait pas dire si celles-ci pouvaient avoir eu une influence sur cette ectopie de l'œuf. Dans l'autre cas, l'appendice paraissait macroscopiquement parfaitement sain.

Appendicite chronique et foie appendiculaire. — Sang.

Les lésions hépatiques dues à l'appendicite chronique sont rarement intenses, il n'a pas, croyons-nous, été pratiqué d'examen anatomo-pathologique de foie appendiculaire consécutif à l'appendicite chronique pure; mais on a pu constater cliniquement l'atteinte du foie par la fréquence relative de l'ictère catarrhal, de la cholémie familiale et de la cholécystite chez ces appendiculaires.

Achard (et depuis Tuffier et Meauté ont repris cette idée) croit que les lésions appendiculaires jouent un certain rôle dans la genèse de certaines cirrhoses hépatiques.

Il n'a pas été trouvé dans l'appendicite chronique pure de modification de la formule normale.

FORMES ANATOMO-PATHOLOGIQUES ANORMALES

On peut, au cours d'une laparatomie pour appendicite chronique bien caractérisée ne trouver, en ouvrant l'appendice, aucune lésion *macroscopique*. Cet examen macroscopique ne suffit pas, nous l'avons vu, en citant les termes mêmes de la communication de Cornil à l'Académie de Médecine.

On peut comparer cette absence de lésions macroscopiques dans certains cas d'appendicite chronique à la même absence dans

certain cas d'appendicite aiguë quelque temps après une grosse crise : celle-ci passée, il peut ne rien subsister qui traduise, à l'œil nu, une inflammation pourtant intense : ainsi les amygdales, sœurs de l'appendice, après une grosse amygdalite aiguë.

Lésions graves hors de proportion avec la symptomatologie

Absence de lésions macroscopiques malgré une appendicite nette. — On peut, soit au cours d'autres affections, à l'occasion d'une laparotomie, soit dans une autopsie alors que l'appendice était cliniquement resté muet toute la vie, trouver de grosses lésions.

Walther, enlevant par principe un appendice au cours d'une hystérectomie pour fibrome, trouva cet appendice phlegmoneux, plein de pus.

Rowan et Wells, en autopsiant un homme de cinquante-deux ans, mort de néphrite chronique et qui n'avait jamais souffert de l'appendice, trouvèrent une masse fibreuse englobant le cæcum et le vermium, et dans cette masse, un noyau calcaire unissant la partie moyenne de l'appendice à l'iléon : c'était la trace de l'ouverture d'un ancien abcès appendiculaire dans l'iléon.

D'autres fois, il y a quelques symptômes, mais très frustes : Brun a publié 8 observations d'appendicite chronique pure à type de petits malaises, souvent répétés, durant une heure chaque fois, accompagnés de vomissements et de douleurs locales. Dans chacune de ces observations, on trouva, à l'ouverture de l'appendice, une muqueuse épaissie, tomenteuse, un liquide louche ou purulent, parfois une ulcération de la muqueuse ; dans un cas, cette ulcération allait même jusqu'à la séreuse.

Nous avons opéré personnellement une petite malade (obs. XI) qui nous était envoyée avec le diagnostic d'appendicite larvée : le premier jour de ses règles, elle souffrait dans la fosse iliaque droite et avait un ou deux vomissements ; le lendemain tout était rentré dans l'ordre. Nous sommes arrivés sur un cæcum rouge, très enflammé, présentant avec la fosse iliaque des adhérences très solides ; en les détruisant minutieusement, nous sommes arrivés sur

un abcès situé entre l'appendice et la fosse iliaque, abcès du volume d'une noix, contenant du pus verdâtre.

Nous avons connaissance du cas d'une jeune femme opérée d'appendicite chronique : elle n'accusait aucune crise antérieure, et l'on peut la croire, car elle a toujours tendance à exagérer ses souffrances passées ou présentes. L'opération, pratiquée pour un état digestif mauvais, malgré l'avis d'un chirurgien très éminent qui niait l'existence d'une appendicite chez cette malade, donne issue à un verre environ de pus franc (obs. orale du chirurgien).

Cooper cite un cas d'invagination complète de l'appendice dans le cæcum par adhérences et Crossen deux cas d'inclusion de l'appendice dans la paroi interne du cæcum ptosé, malgré l'absence complète de crises.

Routier a enlevé un appendice en forme d'Y avec double insertion cæcale (les deux branches del'Y) se réunissant en un appendice unique terminal. Comment expliquer une telle forme, sinon en supposant que l'une des deux branches était le reliquat d'une fistule cæco-appendiculaire ?

Crouse rapporte un cas personnel d'appendicite hyperplasique avec adhérences cæcales telles qu'il fut obligé de faire une résection iléo-cæcale avec anastomose immédiate pour enlever toute la masse. La malade guérit. A l'examen de la pièce, on ne trouva que des lésions d'inflammation chronique de l'appendice. Crouse se base là-dessus pour faire de tous les cas publiés de cancer de l'appendice des lésions inflammatoires chroniques, d'autant que la récurrence est exceptionnelle : 60 à 100 0/0 de non récurrence.

Il est rare, mais non exceptionnel, de voir chez des sujets n'accusant cliniquement aucune crise l'appendice séparé en deux portions réunies par un petit cordon scléreux : Jalaguier prétend, il est vrai, avoir dans ces cas retrouvé toujours un accident aigu antérieur, mais cet accident aigu peut passer tout à fait inaperçu au point de devenir parfois problématique aux yeux de Walther. Celui-ci considère ces segmentations de l'appendice comme appartenant tout à fait à l'appendicite chronique pure.

Faits de discussion

D'après Albrecht, il existerait dans 15 0/0 des cas chez l'enfant des adhérences normales, physiologiques de l'appendice au cæcum. Pour Tandler, Hochenegg, Escherich, Alexandre Fränkel, elles disparaîtraient avec l'âge.

Mac Carthy et Mac Grath croient que l'oblitération de l'appendice est due à un travail inflammatoire : infiltration lymphocytaire de la sous muqueuse, destruction des glandes et pénétration d'un tissu de cicatrice dans la musculuse. Cette oblitération serait d'autant plus fréquente que le sujet est plus âgé : 50 0/0 de soixante à soixante-dix ans, tandis que de trente à quarante ans, on ne les rencontrerait que dans 15 0/0 des cas. Il serait donc possible que Ribbert et Aschoff, qui croient que l'oblitération de l'appendice se fait par une involution physiologique aient raison.

Kukula a examiné 10.000 coupes en séries provenant de 141 appendices (dont 117 pris aux autopsies et 22 extirpés au cours d'opérations pour appendicite aiguë ou chronique). Il conclut que, sauf chez les tout jeunes sujets, l'appendice présente toujours des lésions chroniques ; ce sont elles qui, en s'exacerbant, donnent des lésions aiguës. Le cæcum présente toujours aussi, d'après Kukula, chez l'adulte des lésions chroniques : dilatation des espaces inter-glandulaires infiltration cellulaire de la muqueuse, hypertrophie chronique des follicules et prolifération des éléments de la sous-muqueuse. La réponse à ces objections est facile ; il n'y a dans ces caractères rien d'absolu ; tout cela est éminemment relatif : que les espaces inter-glandulaires soient plus espacés chez l'adulte que chez l'enfant, que les follicules soient de plus en plus volumineux avec l'âge, qu'en même temps les éléments de la sous-muqueuse prolifèrent, on n'en peut conclure que ce soit là des caractères pathologiques ; nul ne nie que l'appendice ne subisse une transformation avec l'âge ; il en est ainsi de tous les organes ; mais de même que l'artérite sénile se différencie des artérites inflammatoires, de même il existe, en dehors des caractères d'évolution de l'appendice, des caractères différents de ceux-là qui tra-

duisent une inflammation chronique du vermium. Nous avons vu plus haut quels sont ces caractères. Notons en outre, car ceci répond à une bonne partie des objections, que Brun et Letulle, celui-ci et Weinberg ont vu les lymphatiques enflammés et engorgés aboutissant à un follicule.

Il est une autre objection qui a cours assez fréquemment : le piqueté des folliculites hémorragiques, que l'on a coutume de regarder comme caractéristique de l'appendicite chronique est une lésion artificielle provoquée par le chirurgien qui enlève l'appendice et qui produit par constriction avec une pince mise à la base de l'appendice une compression vasculaire, d'où éclatement des capillaires appendiculaires ou du moins congestion intense par places de l'organe que l'on veut enlever. Broca a répondu à ces objections. Il reconnaît, quant à lui, comme lésions macroscopiques, en dehors de tout examen histologique :

1° La rougeur de la séreuse ;

2° La turgescence des parois épaissies ;

3° Le boursoufflement de la muqueuse hortensia sur laquelle se détachent des points rouges d'apoplexie folliculaire ;

4° La rétention dans la lumière appendiculaire de matières fécales en voie de concrétion ou de muco-pus sanguinolent.

Nous avons enlevé des appendices en liant et en sectionnant le méso tantôt avant, tantôt après avoir lié l'appendice, parfois sans avoir mis de pince sur celui-ci ; ces différences de technique nous ont paru n'avoir aucune influence sur la production du piqueté hémorragique ; en réalité, ce piqueté, nous ne l'avons trouvé que *très exceptionnellement* dans les ablations préventives de l'appendice, nous enlevons cet organe dans nos hernies droites toutes les fois que nous pouvons l'atteindre facilement par le collet du sac et dans nos laparatomies chaque fois que la recherche ne doit pas prolonger l'opération sensiblement (trois minutes environ). Dans les quelques cas d'ablation préventive où nous avons trouvé ce piqueté hémorragique un interrogatoire sérieux, mais pas persuasif du malade, nous a révélé des symptômes d'appendicite chronique. Notre maître M. Walther, qui, au cours de ses nombreuses laparatomies, enlève toujours l'appendice préventivement, avait fait cette remarque depuis longtemps.

Broca fait la triple réfutation suivante :

1^o Souvent on voit les points de l'extérieur à travers la séreuse, avant toute manipulation de l'appendice ou de son méso :

2 Ils sont localisés souvent au niveau d'un calcul ;

3^o La symptomatologie de l'appendicite disparaît quand on enlève cet appendice à piqueté folliculaire.

Cette dernière conclusion suffit à elle seule et Mac Cacty prétendant qu'aucun appendice ne peut être tenu pour sain au-dessus de dix ans, nous pouvons répondre avec J.-Ch. Roux que l'appendicite chronique commence à exister lorsque les lésions inflammatoires appendiculaires normales chez un individu adulte commencent à se manifester par des signes cliniques : douleurs, retentissement sur l'appareil digestif et sur l'état général. « Cette conception, remarque Silhol, n'a rien de révolutionnaire ; nous savons qu'il en est de même pour les affections de l'estomac, pour certaines affections pulmonaires. Lorsque nous opérons une appendicite chronique, l'exactitude de notre diagnostic aurait donc son critérium non pas exclusivement dans l'existence de lésions histologiques qui, à un certain degré, peuvent être trop répandues, mais dans les bons résultats que le malade retirera de la privation de son organe : la maladie appendicite chronique a une personnalité clinique plutôt qu'histologique à l'heure actuelle ».

SYMPTOMES

Il ne faut pas chercher ici une étude clinique de l'appendicite chronique. Il n'y a pas d'affection aussi polymorphe que celle-ci, aussi variable dans ses manifestations ; on ne peut pas en décrire les symptômes ; elle ne présente que des formes cliniques très nombreuses et très dissemblables ; elles sont à ce point différentes les unes des autres qu'il serait ridicule de tenter de schématiser l'aspect de cette affection : on ne peut en faire un tableau ; il faut essayer à petites touches des esquisses, des ébauches. Mais avant de nous efforcer à rendre un peu ce que nous avons vu, ce que l'on peut voir journellement, il nous a paru indispensable d'étudier les principaux symptômes de cette affection, d'en donner une vue d'ensemble purement théorique qui les réunisse tous, en discute la valeur séméiologique, indique la manière de les rechercher. Après cette étude très abstraite seulement, commençons-nous l'étude vraiment clinique des manifestations multiples de l'appendicite chronique.

LA DOULEUR DANS L'APPENDICITE CHRONIQUE

Nous commençons par elle, parce que pendant longtemps, et certains médecins encore persistent dans cette façon de voir, la douleur localisée dans la fosse iliaque droite a été considérée comme le seul signe constant, presque pathognomonique de l'appendicite chronique. Nous verrons qu'il n'en est rien ; la douleur est évidemment de tous les symptômes que nous avons à étudier le plus fréquent ; elle ne se rencontre pas chez tous les malades, et encore pensons-nous en ce moment à la douleur provoquée,

beaucoup plus constante que la douleur spontanée : celle ci manque dans nombre de cas.

Douleur spontanée. — On ne saurait donner aucun chiffre permettant d'apprécier sa fréquence ; on peut seulement dire que dans nombre de cas elle manque complètement. Parfois constante, elle est le plus souvent intermittente, apparaissant parfois pendant une heure ou deux dans une journée, parfois pendant plusieurs jours consécutifs pour disparaître ensuite pendant des semaines. Elle peut, dans nombre de cas, n'avoir qu'une durée très limitée : c'est une petite colique qui passe, dure quelques secondes, au plus quelques minutes et disparaît, laissant après elle un engourdissement persistant de la fosse iliaque. C'est le cas en particulier chez les enfants au cours de la deuxième enfance : brusquement au milieu de leurs jeux, à l'occasion d'un mouvement violent, d'un effort brusque, d'une course, d'un choc, ils ressentent une douleur violente qui ne dure que quelques minutes : c'est une sensation de torsion pénible : elle se traduit par une pâleur brusque de la face ; l'enfant, jusque-là très gai, s'arrête de jouer, pâlit, porte la main à son ventre. Parfois à ce moment, ou à la suite de cette crise douloureuse, il a un vomissement alimentaire, aqueux ou bilieux. Puis la douleur passe, ne laissant que l'endolorissement, et l'enfant quitte sa chaise ou son fauteuil pour reprendre avec moins de gaieté, d'entrain et une moins bonne mine les jeux interrompus.

Chez d'autres malades, la douleur apparaît invariablement la nuit à la même heure, généralement vers deux ou trois heures du matin. Chez certains, c'est une position, toujours la même pour le même malade qui provoque cette douleur ; chez d'autres, c'est à la suite de l'absorption d'un aliment, toujours le même, œufs, poisson, bouillon gras, que la douleur apparaît dans la nuit. Chez d'autres enfin, c'est à l'occasion d'une course en voiture ou en auto quelques heures après le repas, parfois aussitôt après lui. Chez certains, c'est une promenade à bicyclette ou un travail à la machine à coudre qui, par les contractions du psoas, déterminent une douleur spontanée. Certains enfants présentent régulièrement à la suite d'une longue marche, ou d'un refroidissement, de l'endolorissement ou une douleur vraie dans la fosse iliaque. Plus

rarement, un lavement froid ou chaud suivant les sujets détermine l'apparition de la douleur spontanée.

Cette douleur spontanée siège généralement dans la fosse iliaque droite ; chez les enfants, il est assez fréquent qu'elle ait son maximum dans la région péri-ombilicale. Dans un petit nombre de cas, elle est localisée à la région épigastrique et rattachée par les malades, parfois par les médecins eux-mêmes, à l'estomac, ainsi que nous le verrons dans une observation très intéressante de Gaston Lyon et Souligoux. Dans les cas d'appendice plongeant dans le petit bassin, elle peut être ressentie dans la région lombiliaque (les malades viennent alors consulter pour leurs reins), ou dans la région hypogastrique et rattachée à l'utérus et à ses annexes. Beaucoup plus rarement, exceptionnellement même, elle siège dans la fosse iliaque gauche, à la base du triangle de Scarpa, en arrière et au-dessus de la crête iliaque, à la base du thorax (Paquet). De ces différents points, elle irradie dans le flanc droit, vers le foie, les reins, les cordons, les testicules, la sphère du nerf crural, les fesses. Le siège varie donc un peu avec celui de l'appendice : hypogastrique en cas d'appendicite pelvienne, dans la fosse iliaque gauche si l'appendice est à gauche, sous-hépatique quand l'appendice est haut situé, lombiliaque quand il est rétro-cæcal et adhérent à la paroi postérieure. Mais, il ne faut cependant pas tirer du siège de la douleur spontanée de loi absolue, ni de guide infailible. Chacun sait d'ailleurs combien les malades localisent et interprètent mal leurs sensations.

Sensation de torsion passagère, ainsi que nous l'avons vu, la douleur spontanée peut aussi être un simple endolorissement, une sorte de brûlure, une sensation de tension ou de tiraillement. Chez une malade de Walther dont l'appendice libre d'adhérences renfermait trois gros calculs, la malade avait une sensation nette de ballottement. Les douleurs par petites adhérences sont généralement beaucoup plus vives que celles produites par de larges adhérences en surface. Pour Lejars, l'appendice n'aurait pas de nerf sensitif ; par contre, Schnitzler croit que l'appendice, même sain, distendu par les gaz, est douloureux.

• **Douleur provoquée.** — Celle-ci a beaucoup plus de valeur ;

cela tient d'abord à ce qu'elle est beaucoup plus constante : une foule de malades qui ne souffrent pas spontanément de leur appendice, ont cependant un appendice douloureux, traduisant ses lésions par la douleur à la pression. Cela tient aussi à ce que, tandis que la douleur spontanée a un siège variable (ou interprété de façon variée par les malades), la douleur provoquée, ainsi que Walther l'a montré, est extrêmement fixe. Mais pour avoir toute sa valeur, cette douleur doit être *profonde, précise, limitée, constante*. Ces caractères ont la plus grosse importance ; nous en ajouterons un autre, non moins essentiel : la persistance de la douleur pendant quelque temps, généralement un quart d'heure environ, après le moment de la palpation. Cependant, Comby a observé une dérogation importante à ces caractères : chez un malade qu'il avait examiné à maintes reprises (et l'on sait qu'il est un de nos maîtres qui connaissent le mieux l'appendicite chronique et savent le mieux en dépister les signes), plusieurs examens de la fosse iliaque étaient restés sans réponse : l'appendice ne répondait pas à la main qui l'interrogeait ; cependant, Comby avait fait le diagnostic d'appendicite chronique à cause de l'état du petit malade : pâleur, maigreur, langue saburrale, constipation. A un examen enfin, le palper éveilla de la douleur dans la fosse iliaque ; l'opération fut décidée et pratiquée par Michaux qui trouva de grosses lésions chroniques. Ricard a opéré il y a quelques mois un enfant, qui présentait des crises de réactions coliques exagérées et un mauvais état général, sans aucune douleur provoquée dans la fosse iliaque droite. L'opération montra de très sérieuses lésions de folliculite hémorragique. Guérison post-opératoire.

Il faut, d'autre part, savoir pratiquer cet examen chez les enfants : ceux-ci, par crainte du médecin chez les petits, de l'opération chez les plus grands, n'accusent pas la douleur lorsqu'on la provoque, mais un clinicien expérimenté sait en lire la traduction : un peu de pâleur brusque de la face, une petite grimace, un mouvement léger de flexion de la cuisse droite, un léger état nauséux, cela suffit.

La localisation de cette douleur se fait beaucoup plus souvent dans la fosse iliaque droite que celle de la douleur spontanée ; elle est provoquée presque constamment à ce niveau, parfois un peu

plus haut vers l'hypochondre droit, parfois un peu en bas et sur la ligne médiane vers l'hypogastre, mais il n'y a que de légers déplacements de cette douleur, sauf en cas d'appendice situé à gauche, cas dans lequel la douleur sera provoquée dans la fosse iliaque gauche. De la fosse iliaque droite, la douleur provoquée irradie dans les mêmes régions que la douleur spontanée. La transmission de la douleur sous le foie par la pression à distance est un bon signe d'épiploïte.

La fosse iliaque droite étant assez étendue, on a voulu donner à la douleur provoquée une localisation plus précise. Les recherches entreprises dans ce but nous ont donné plusieurs *points appendiculaires* dont le plus connu, celui dont le nom suffit à indiquer la douleur provoquée en un point localisé de la fosse iliaque droite est le *point de Mac Burney*.

Son auteur le décrit ainsi : « j'estime que dans chaque cas le siège de la plus grande douleur déterminée par la pression avec un doigt est située exactement à un pouce et demi ou deux pouces (3 cm. 81 ou 5 cm. 08) de l'épine iliaque antérieure et supérieure sur une ligne oblique menée de cette épine à l'ombilic. Cela peut paraître une affectation d'exactitude, mais, autant que me l'a prouvé mon expérience, l'observation est exacte. »

Le *point de Lanz* découvert par son auteur qui voulait faire une incision esthétique dans un pli de la peau se trouve au tiers de la ligne bis-iliaque.

Le *point de Morris* est situé sur cette même ligne bis-iliaque à un pouce et demi (3 cm. 81) de l'ombilic. Il aurait surtout une grande valeur dans l'appendicite chronique; il correspondrait au ganglion sympathique droit et ne se constaterait jamais dans les affections sus-ombilicales. Dans les affections pelviennes, il serait bilatéral.

Le *point de Munro* serait comme le point de Mac Burney sur la ligne spino-ombilicale, mais à l'intersection de cette ligne et du bord externe du droit, et comme cette intersection semblerait ainsi peu précise, l'auteur ajoute : à 2 pouces 6 environ (65 mm.) chez l'adulte de l'épine iliaque antérieure et supérieure; il serait donc un peu plus interne que le point de Mac Burney.

Le *point de Sonnenburg* correspondant à l'implantation de

l'appendice serait à l'union de la ligne bi-spinale et du bord externe du droit.

A ces points, il faut ajouter la fréquence de la douleur provoquée par *le toucher vaginal ou rectal* quand l'appendice est pelvien : on ne doit jamais omettre de le pratiquer, car il peut montrer une douleur provoquée alors qu'il n'en existait pas dans la fosse iliaque ; ou, s'il en existait une, il peut indiquer une position déclive de l'appendice, ce qui, au moment de l'intervention peut guider l'opérateur dans le choix de son incision.

Garan qui a fait des recherches au moyen d'aiguilles sur des cadavres, a trouvé que le point de Lanz était plus près de l'appendice que celui de Mac Burney ; nous avons vu en étudiant la situation de l'appendice que Liertz est arrivé aux mêmes conclusions. Le point de Mac Burney serait situé sur le bord interne du côlon ascendant à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la base de l'appendice. Il aurait cependant une grande valeur clinique, parce qu'il correspond au territoire cutané du segment médullaire auquel se rendent les nerfs afférents de l'appendice (Garan). Head expose ainsi cette théorie : « Lorsqu'un viscère abdominal est atteint, la douleur irradie dans tous les nerfs de la vie de relations procédant du segment médullaire auquel aboutissent par l'intermédiaire des ganglions les filets sympathiques de ce viscère, les segments médullaires servant de centre de réflexion entre les territoires sympathiques dépourvus de sensibilité douloureuse et les territoires des nerfs spinaux où l'irritation causale et lointaine se traduit par des localisations névralgiques plus disséminées. » Le point de Mac Burney serait donc le territoire cutané du segment médullaire auquel aboutissent les nerfs afférents de l'appendice, tandis que le point de Lanz serait en rapport avec le siège de cet organe.

D'autres explications ont été données de ces points appendiculaires : J.-Ch. Roux divise l'abdomen en trois relais nerveux, tous sensibles chez les nerveux : chez les non-nerveux, seulement celui qui correspond à un organe malade est sensible : l'étage moyen correspond à l'estomac et au foie ; l'étage inférieur du plexus pré-aortique correspond au gros intestin : l'appendice donnerait de la sensibilité seulement à droite.

Jalaguier croit le point de Mac Burney en rapport avec les lymphatiques de l'appendice ; il pense que parfois la palpation ramène cet organe en un point fixe qui serait le point de Mac Burney ; celui-ci correspondrait peut-être à l'angle psoas iliaque ; ou bien, dernière hypothèse, il correspondrait à l'émergence de la branche perforante de l'abdomino-génital.

Il ne faut pas d'ailleurs considérer ces points douloureux et en particulier le Mac Burney comme des signes absolus ; le Mac Burney, nous l'avons vu, peut ne pas être constaté à plusieurs examens successifs, peut aussi être constaté dans d'autres affections que l'appendicite ; dans les salpingites haut situées, les kystes de l'ovaire tordu, les grossesses extra-utérines, les vésicules biliaires inflammées, les calculs urétéraux. Sur 27 étudiants normaux, Rist qui l'a recherché l'a trouvé vingt-quatre fois.

Et cependant, malgré toutes ces constatations erronées et ces cas d'absence, malgré tout, il garde *en pratique* une très grosse valeur. En clinique, on doit se contenter d'une telle approximation.

Signe de Rovsing. — Parmi les douleurs provoquées, nous croyons devoir donner une place à part à la douleur provoquée par le refoulement des gaz dans le cæcum et l'appendice. On lui a attaché le nom de Rovsing qui l'a étudiée. On ne doit pas cependant lui en attribuer la paternité : il est le premier à avoir conseillé de la rechercher en refoulant progressivement les gaz dans le côlon descendant de bas en haut, puis en continuant à faire glisser la main appuyée profondément de gauche à droite le long du côlon transverse, et enfin en la faisant glisser de haut en bas dans le flanc et la fosse iliaque droite de l'angle droit vers le cæcum. Cette technique, difficile à exécuter convenablement et efficacement, est bien de Rovsing et on doit lui attribuer son nom. Mais avant qu'il la décrive, Walther avait montré que la palpation large et profonde de l'abdomen dans les autres régions que la fosse iliaque droite provoquait par distension gazeuse du cæcum de la douleur au niveau de l'appendice. Dans tous les cas douteux d'appendicite, nous avons coutume de rechercher cette douleur appendiculaire par distension cæcale ; elle nous a toujours donné de précieuses indications ; voici comment nous pratiquons cette

recherche : notre main droite largement appliquée à plat sur la partie médiane et gauche de l'abdomen y exerce une pression profonde, et refoule ainsi les gaz vers la partie droite du côlon ; puis notre main gauche s'enfonce progressivement dans la région de l'angle droit du côlon ; ces gaz que notre main droite a accumulés dans la partie droite du côlon, nous les envoyons ainsi distendre le cæcum ; nous obtenons ainsi plus facilement que ne le fait Rovsing la douleur à la distension cæcale.

Cette recherche de la douleur appendiculaire, outre que nous la considérons comme un signe très fidèle, a un autre gros avantage ; chez les sujets timorés, la palpation directe dans la fosse iliaque droite, spontanément douloureuse, est rendue difficile par l'appréhension des malades, qui se défendent et contractent leur paroi abdominale. La palpation à distance au contraire n'éveille pas leur méfiance et permet une exploration, qui serait impossible autrement.

Notons que ce symptôme a été refusé à l'appendicite par G. Lardennois qui l'attribue à la ptose cæcale.

Bastedo recherche la douleur à la distension par l'insufflation, il insuffle de l'air dans le côlon par une sonde de 23 centimètres de long. Ainsi il détermine une douleur en cas d'appendicite chronique. Cette dilatation amènerait aussi, d'après le même auteur, une douleur, mais beaucoup moins vive, et irradiant vers la ligne médiane dans les annexites droites. Nous ne signalons ce procédé d'exploration que pour mémoire. les méthodes cliniques nous paraissant suffisantes pour rechercher la douleur à la distension.

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Constipation. — De tous ces symptômes, le plus important, peut-être aussi le plus constant après la douleur, est la *constipation*. C'est généralement une constipation invincible, que ne guérissent ni les régimes, ni les lavements, ni les laxatifs. Cette constipation, comme tous les constipations de colites, s'aggrave généralement par l'emploi déraisonné de purgatifs, de laxatifs et de lavements que les malades font pour la vaincre. Généralement elle se mani-

fieste par une selle tous les trois ou quatre jours : parfois elles sont moins fréquentes encore.

Il n'est pas rare d'entendre les malades que l'on interroge sur ce point vous répondre qu'ils se plaignent plutôt de diarrhée que de constipation. Il y a là une erreur de leur part et nous tenons à insister car cette erreur n'est pas rare. Interrogez ces malades de plus près ; ils vous raconteront que tous les trois ou quatre jours, ils ont plusieurs selles diarrhéiques, souvent sans colique, selles très liquides et fétides ; incommodés par cette diarrhée, ces sujets absorbent alors du bismuth ou des opiacés, ce qui, disent-ils, les constipe ensuite pour quelques jours. La réalité, c'est que ces malades sont par eux-mêmes, et les médicaments aggravent encore leur état, des constipés, mais ce sont des constipés cæcaux et non constipés sigmoïdiens ; leurs débâcles, au lieu d'être composées de matières dures, ce qui est la signature des matières sigmoïdiennes, sont liquides parce que cæcales, parce que presque iléales, elles n'ont pas subi cette digestion colique, qui, en les déshydratant, les rend solides ; mais ces diarrhéiques sont des constipés. Pour Walther et Haller, cette constipation cæcale à forme diarrhéique serait généralement un signe d'épiploïte chronique et de coudure épiploïque de l'angle droit du côlon, d'où stase cæcale.

Les caractères de la constipation sont souvent modifiés, par l'adjonction à l'appendicite de colite muco-membraneuse. Dire les caractères que cette adjonction imprime aux selles ne rentre plus dans le cadre de notre étude.

Dans certaines formes à type toxi-infectieux, la constipation est remplacée par la diarrhée vraie, diarrhée multi-quotidienne, généralement très fétide.

Souligoux a opéré une malade de Gaston Lyon qui, depuis cinq ans, souffrait d'une diarrhée rebelle : tous les jours sans exception, elle avait plusieurs selles terriblement fétides.

Réactions coliques. — Certains de ces malades, constipés à débâcles diarrhéiques tous les quatre ou cinq jours, qui sont bien le type des constipés cæcaux, peuvent présenter un syndrome très spécial sur lequel Mathieu a appelé l'attention, et dont l'étude a été bien faite dans la thèse de son élève, notre ami Marre : au

moment de ces débâcles, les malades présentent des symptômes généraux liés à l'irritation de leur cæcum et de leur côlon : généralement après une douleur vive, en barre, ces malades sont pris de vertiges, de nausées, de sueurs froides ; parfois ces symptômes sont plus alarmants encore ; après cette douleur en barre, au moment même de l'expulsion de leur selle diarrhéique, les malades dont la douleur est extrêmement vive, après une période prémonitoire de quelques secondes caractérisée par des sueurs froides, des nausées, des vertiges, parfois même d'emblée sans aucun prodrome tombent en syncope : le facies est pâle, couvert de sueurs, les yeux cernés, le pouls petit, la respiration parfois stertoreuse. Cet état syncopal a une durée variable : de quelques secondes à plusieurs heures dans certaines observations de Mathieu et Millon, et de Marre. Puis les malades sortent de cet état syncopal, gardant pour une journée ou parfois même pendant plusieurs un état nauséux et vertigineux assez pénible et les craintes d'une nouvelle selle. Cette crainte se dissipe vite, car ces malades, après plusieurs crises de réactions coliques, savent que la première selle de cette débâcle diarrhéique provoque d'emblée les réactions générales les plus intenses : les réactions accompagnant les selles suivantes vont en diminuant d'intensité. La syncope qui les effraie est donc conjurée jusqu'à la nouvelle crise.

Ces réactions d'origine colique ne sont pas propres à l'appendicite chronique : cette affection est l'une des causes, et non la plus fréquente, de ce syndrome : les colites sigmoïdiennes, la dysenterie, ainsi que l'a observé notre collègue et ami Caillé, sur le théâtre de la guerre turco-balkanique, s'accompagnent de réactions générales semblables, pouvant même, en cas de dysenterie, aller jusqu'à la mort. Il y a donc là un phénomène général. Nous avons insisté sur ce syndrome parce qu'il est beaucoup plus fréquent qu'on ne peut le croire et ensuite parce que jusqu'à maintenant il n'avait trouvé place dans aucune étude sur l'appendicite chronique. Il y avait là une lacune, que nous croyons utile de combler. Nous remercions spécialement M. Mathieu d'avoir bien voulu nous montrer l'importance de ce syndrome, sa fréquence et sa signification, tout en regrettant de ne pouvoir pas faire figurer ici l'obser-

vation qui a été le point de départ des enseignements qu'il nous a donnés sur ce point si intéressant de pathologie intestinale.

Vomissements

Symptômes gastriques. — Celui qui attire le plus facilement l'attention est le vomissement. Il n'est pas rare dans l'appendicite chronique de l'enfance. Ce vomissement peut se produire sans aucune régularité, à l'occasion d'un refroidissement, d'une ingestion alimentaire à peine plus copieuse que ne l'est le régime habituel ou à cause de l'ingestion de certaines substances. Parfois, ces différentes conditions étiologiques provoquent seulement un état nauséux. En somme ce sont des enfants qui vomissent sous la plus petite influence ; il semble que leur estomac soit en état d'équilibre instable : ce sont de petits vomisseurs.

De même quelques adultes, à l'occasion de certaines ingestions alimentaires présentent un état nauséux, certains même quelques vomissements. Les aliments qui causent le plus souvent cet état sont : le bouillon gras, les œufs, le lait et de façon générale toutes les substances grasses, mais il nous semble que les œufs sont l'aliment généralement le plus mal toléré.

D'autres enfants ont des vomissements se reproduisant avec une certaine régularité, tous les mois ou toutes les six semaines : ces enfants vomissent plusieurs fois pendant un jour ou deux, puis ces vomissements ne se reproduisent plus pendant un laps de temps généralement toujours sensiblement le même : ce sont les *vomissements cycliques*, dits parfois *acétonémiques* dont Comby a montré les rapports avec l'appendicite chronique. Ces vomissements, survenant parfois avec une régularité très nette, sans fièvre, ont donné lieu à bien des hypothèses. On les a rattachés à l'arthritisme, à l'uricémie, à l'hystérie, à l'hépatisme, à la migraine. On en a fait un syndrome spécial lié à l'acétonémie. Actuellement on y voit dans un certain nombre de cas une manifestation de l'appendicite chronique. Nous leur laisserons, à ces vomissements, le nom de vomissements cycliques qui schématisent bien leur apparition quasi-régulière, sans rien préjuger de leur nature. Ils peuvent coïncider avec

un état acétonémique : Comby a publié une observation de vomissements cycliques avec acétonurie guérie par l'appendicectomie. De là à rattacher ces vomissements constamment à l'acétonémie et celle-ci à l'appendicite chronique, il y a une grande distance. Il y a là des liens de rapport très délicats à établir. Dans l'état actuel de la science, bornons-nous à constater ces rapports de coïncidence.

Anorexie. — C'est aussi un symptôme fréquent de l'appendicite chronique. Il est même parfois tellement marqué que Comby a recueilli des observations constituant des formes anorexiques de l'appendicite. Le plus souvent l'anorexie est générale, mais elle peut être élective et alors elle s'applique généralement aux aliments gras, à la charcuterie, au lait, aux œufs, au bouillon gras.

Quand elle est généralisée, l'anorexie s'accompagne des symptômes généraux qui sont la conséquence même de cette anorexie : teint pâle ou jaune, maigreur, air souffreteux, retard de croissance, retard intellectuel. Ces symptômes sont, dans ce cas, la conséquence de l'anorexie ; nous verrons qu'ils peuvent exister sans elle et constituer une forme spéciale de l'appendicite chronique, forme dont nous donnerons une observation.

Troubles gastriques moins précis. — Il est fréquent que les appendiculaires chroniques aient de la lenteur des digestions : à la suite des repas, ils présentent facilement de la rougeur de la face, des bourdonnements d'oreilles, des palpitations ou sensations d'oppression, parfois un peu de météorisme.

Certains, lorsqu'ils montent dans un train, en auto ou en voiture après les repas ont des sensations pénibles qu'ils localisent mal : sensation de barre épigastrique, impressions de malaise vague, vertiges, état nauséux, parfois même sueurs froides. Ces troubles peuvent se produire aussi dans la colite simple. Nous les avons observés dans un cas de côlon hypersténique accompagné de réactions générales d'origine colique allant jusqu'à la syncope.

D'autres malades ont, à la suite des repas, des crampes d'estomac parfois assez pénibles pour obliger les malades à s'allonger. Elles sont dues généralement à des tiraillements par brides épiploïques.

Barement on a observé des hématomèses peu abondantes ou du méléna.

Langue. — La langue, ce miroir de l'intestin, comme on l'a très anciennement définie, est presque constamment blanche ou saburrale, ce qui ne saurait surprendre. Une langue constamment saburrale chez un enfant ayant sans autre symptôme intestinal un mauvais état général doit faire penser à l'appendicite chronique ; elle est, en présence de symptômes si vagues qu'on ne sait où leur trouver une cause dans l'organisme, comme une signature, au moins chez l'enfant, elle doit faire penser à l'appendicite chronique ; nous ne disons pas faire diagnostiquer cette affection, mais y faire songer, en faire rechercher d'autres manifestations.

SYMPTOMES PHYSIQUES

Inspection

Peu de chose, on a cité seulement :

1° Une teinte jaune péri-ombilicale ;

2° Exceptionnellement des taches rosées lenticulaires analogues à celles de la fièvre typhoïde (Brunon) ;

3° Une scoliose à convexité gauche : Mayet a constaté assez fréquemment chez les appendiculaires chroniques cette scoliose liée aux douleurs constantes dans la fosse iliaque droite ; ces douleurs suffisent à expliquer une telle déviation. Elle n'existe guère que chez les appendiculaires jeunes. Remarquons en passant que cette scoliose se différencie mal des autres, presque toutes les scolioses essentielles, si j'ose ainsi dire, étant à convexité gauche.

Percussion

Karewitz a signalé la fréquence du *tympanisme cæcal*. Klemm considère comme presque constant un *météorisme* local limité au cæcum et paraissant relever d'une parésie de la musculature intes-

tinale, mais la cause première serait bien pour lui une inflammation catarrhale chronique de l'appendice.

Palpation

La palpation de l'abdomen ne donne souvent rien chez l'enfant ; cet examen direct est, d'autre part, très difficile quand l'on se trouve en présence d'un intestin hypertonique.

Cet examen direct, en dehors de la douleur qu'il provoque, révèle de la résistance dans la fosse iliaque droite ; cette résistance peut être très peu marquée : il faut alors avoir soin de palper les deux fosses iliaques successivement : la droite semble moins profonde que la gauche. Parfois cette résistance est très marquée, la palpation donne une sensation ligneuse : le fait est rare dans l'appendicite chronique pure.

Par cette palpation, Hanseman dit toujours sentir l'appendice même sain. Une telle affirmation ne vaut pas la peine d'être réfutée : tous ceux qui ont examiné des appendicites savent que cette recherche de l'appendice est le plus souvent infructueuse ; qu'elle peut, d'autre part, être une cause fréquente d'erreurs. Et comment admettre qu'un appendice rétro-cæcal (et nous avons vu la fréquence de cette localisation) soit perceptible à travers le cæcum.

Jalaguier, quand il fait rouler l'appendice sous le doigt le sent se contracter. Ce serait pour lui presque un caractère distinctif de cet organe. Cette constatation serait en contradiction avec la parésie des fibres musculaires de l'appendice, parésie à laquelle serait liée l'atonie appendiculaire, facteur de l'infection chronique du vermium.

Les causes d'erreur, nous l'avons dit, sont nombreuses : Walther a signalé un ressaut ou un épaississement au niveau du bord interne du cæcum ; on peut aussi prendre pour l'appendice le bord de la gaine du droit, des fibres contractées des muscles abdominaux, des ganglions du méso-appendice, un magma d'adhérences, un cordon épiploïque. Oddo a eu avec un psoas la sensation d'un appendice, Silhol l'a eu avec un lombric contenu dans le grêle.

Toucher vaginal ou rectal

Il ne faut jamais négliger ce mode d'examen : nous avons vu qu'ainsi on peut souvent provoquer une douleur caractéristique. On peut également, dans certains cas rares de long appendice pelvien, sentir celui-ci par le toucher : nous avons eu dernièrement l'occasion de sentir en arrière de la trompe droite d'une malade un appendice long, dur, arrondi : nous avons pu vérifier cette constatation au cours de l'opération qui a suivi cet examen.

Symptômes à gauche

Il est rare de constater à gauche des symptômes d'appendicite : cette constatation peut tenir à deux causes : ou bien le cœcum est à droite et l'appendice seul, ou du moins son extrémité, est à gauche, ou bien il y a à gauche cœcum et appendice par mobilité, cœcale, ou enfin il y a (chose exceptionnelle) inversion des viscères. Cette présence de l'appendice à gauche doit être exceptionnelle : Walther, sur le très grand nombre de cas d'appendicite opérés par lui, tant aigus que chroniques, ne l'a trouvé que trois fois à gauche.

Réflexes abdominaux

Dans les appendicites chroniques, les réflexes abdominaux sont généralement diminués chez l'enfant, tandis qu'il sont augmentés dans l'appendicite aiguë (Cruchet).

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

L'amaigrissement est souvent considérable dans l'appendicite chronique : Walther a vu un amaigrissement de 7.500 grammes en quelques mois, Comby de 15 kilos en quatre ans, nous avons

observé un amaigrissement d'un peu plus de 10 kilos en quelques mois.

Chez les enfants, on note fréquemment un arrêt de croissance; ce symptôme, associé à une langue saburrale, au teint jaunet et à une sensibilité vague dans la fosse-iliaque droite suffit à faire faire le diagnostic d'appendicite chronique: nous donnerons plus loin une observation d'appendicite chronique frustrée caractérisée seulement par l'arrêt de croissance et une langue constamment blanchie sans aucun symptôme abdominal: le résultat de l'appendicectomie a été des plus nets: croissance rapide, l'enfant a engraisé, pris des couleurs et sa langue s'est débarrassée.

On note aussi parfois chez les enfants un peu de retard intellectuel, une certaine torpeur; chez les adultes, on constate une moindre activité cérébrale, un certain engourdissement, de l'incapacité au travail, l'entrain et la gaieté du malade diminuent.

Il en est de même des forces physiques: les malades deviennent asthéniques; ils ont de temps en temps des défaillances, un état lipothymique prononcé; le moindre effort devient une fatigue.

Le faciès se modifie: il apparaît un peu de subictère, la peau est bistrée, les yeux se cernent, le nez se pince.

L'haleine devient d'une odeur désagréable, les selles fétides, les urines se chargent d'indol, de scatol et d'autres principes aromatiques en abondance. Le toxicité des urines augmente, traduisant le degré d'infection de l'appendicite chronique.

Fièvre. — Parmi les symptômes généraux de l'appendicite chronique, la fièvre mérite une mention à part. Elle est fréquente, mais demande à être recherchée soigneusement: elle n'est pas constante, elle n'est jamais intense: c'est le plus souvent une simple élévation de cinq ou six dixièmes de degré le soir, rarement cette élévation vespérale atteint un degré comme dans la tuberculose; il y a là un caractère distinctif assez intéressant. Par contre, comme dans la tuberculose, la fièvre subit l'influence de la fatigue et des efforts (symptôme de Darenlerg); elle subit aussi l'influence des écarts de régime, ce qui montre bien son origine dans le tube digestif. Parfois l'ensemble de la courbe thermique prise pendant plusieurs jours est plus élevée que la

courbe normale, au lieu de ne présenter qu'une simple élévation vespérale. Enfin Faisans signale le fait que, contrairement aux tuberculeux, les appendiculaires sentent leur fièvre (frissons, chair de poule, fatigue, accablement).

A côté de la fièvre, il faut noter la présence, chez certains appendiculaires chroniques, de sueurs nocturnes.

Tous ces signes d'auto-intoxications sont plus marqués encore s'il existe de l'épiploïte avec condure de l'angle droit du côlon ; car alors il existe de la constipation cæcale et il se fait de l'intoxication par résorption de ces matières.

A ces symptômes généraux s'ajoutent des symptômes empruntés à d'autres appareils et à d'autres organes.

AUTRES SYMPTÔMES

Symptômes hépatiques. — Nous venons de noter le subictère, parfois le foie augmente de volume ; l'on retrouve dans les urines des pigments biliaires modifiés, de l'urobiline. Nous avons vu dernièrement ces symptômes si accusés chez un malade que nous avons cru tout d'abord à un début d'ictère catarrhal. Comby a vu du reste l'ictère catarrhal évoluer au cours de l'appendicite chronique.

Symptômes rénaux. — Nous savons que la néphroptose accompagne assez souvent chez l'adulte l'appendicite chronique : il y a là diverses manifestations d'une même diathèse engendrant la ptose rénale, de l'entérocolite et de l'appendicite chronique.

On peut dans des cas rares constater dans les urines la présence d'albumine, généralement peu abondante ; ceci ne saurait surprendre, étant donné les rapports de l'appendicite chronique et des amygdalites, rapport de similitude anatomo-pathologique, rapport de coexistence.

Symptômes pelviens. — Il est fréquent que l'appendicite chronique se traduise chez la femme par des troubles pelviens : douleurs au début des règles, modification de celles-ci, retour à chaque époque menstruelle de crissettes apyrétiques de douleurs ou

de vomissements. Ces symptômes menstruels peuvent être si accusés, que l'appendicite n'est pas soupçonnée et que l'on cherche en vain du côté des ovaires, de l'utérus ou des trompes la cause de ces troubles. Ils constituent par leur groupement et leur intensité une forme spéciale de l'appendicite, la forme pelvienne. Notons d'ailleurs que les organes génitaux peuvent dans ce cas être également atteints de réaction inflammatoire chronique : il y a propagation des lésions du bassin à la fosse iliaque ou propagation inverse, alliance des deux : c'est le *flirt appendiculo-annexiel* de Segond.

Troubles nerveux. — Ces symptômes ne sont pas propres à l'appendicite chronique ; on les rencontre aussi dans les entérocolites. Les deux plus fréquents sont la modification du caractère qui devient extrêmement irritable, difficile, et la tendance très prononcée des appendiculaires, comme de tous les malades qui souffrent de l'intestin, à faire de la neurasthénie. Picqué a même vu un cas de véranie assez intense disparaître à la suite de l'appendicéctomie.

A côté de ces symptômes pelviens, en somme assez communs, il nous faut en citer quelques-uns de rares.

Richelot a signalé un cas de *vaginisme tenace* qui avait résisté à tous les traitements médicaux et qui ne disparut qu'après l'ablation de l'appendice atteint d'inflammation chronique.

Luxardo a publié 1 cas personnel et 2 cas de Giordano de *strangurie* : mictions fréquentes, douloureuses, difficiles, donnant chaque fois une quantité minime d'urine limpide. Dans les deux cas de Giordano, il s'agissait de lésions chroniques de l'appendice, tandis que dans le cas de Luxardo, il s'agissait d'appendice herniaire avec lésions très minimes.

Reynès a cité des manifestations vésicales exceptionnelles ; elles sont de deux ordres : les unes réflexes (rétention, pollakiurie, incontinence), les autres inflammatoires par extension des lésions. Walther cite le cas d'un médecin qui lui fut envoyé avec le diagnostic de rétention d'urine liée probablement à un début d'ataxie. Il reconnut l'appendicite chronique et vit en effet la rétention disparaître après l'appendicéctomie.

Troubles circulatoires. — « La circulation est souvent troublée : pâleur et rougeur de la face, froid aux extrémités, palpitations, essoufflements, dyspnée d'effort. On pense à une maladie de cœur, mais l'auscultation est négative : il n'y a que de l'éréthisme cardiaque ou de l'anémie. Chez certains malades, on perçoit nettement un souffle systolique à la base du cœur et un souffle continu avec redoublement dans les vaisseaux du cou » (Comby). Le pouls peut être ralenti, accéléré ou irrégulier (Broca).

Troubles pulmonaires. — Il n'est pas rare de constater, comme dans un certain nombre d'autres affections abdominales de la toux. Ce symptôme est du reste plus fréquent dans l'appendicite que dans les autres affections de l'abdomen. Il peut, étant donné l'état général, faire penser à la tuberculose. Cette toux peut provenir d'une amygdalite, ce peut être une toux réflexe, comme dans les fibromes utérins, elle peut être liée à une congestion de la base droite, congestion que l'auscultation révèle souvent dans les formes pseudo-tuberculeuses de l'appendicite chronique, elle peut enfin être liée à une tuberculose atténuée, particulièrement torpide, d'un sommet, tuberculose dont les symptômes, sinon la gravité, serait un peu exacerbée par la coexistence de l'appendicite chronique.

A la toux, est associée parfois un peu de dyspnée.

On trouve, nous venons d'y faire allusion, souvent aussi quelques signes à l'examen physique des poumons : parfois l'inspiration est plus ou moins rude, l'expiration soufflante ou prolongée et il existe une diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, des symptômes de congestions de la base du même côté.

Il existe également une migraine appendiculaire. Walther insiste sur sa localisation dans la région de la nuque.

Enfin souvent les appendiculaires chroniques, comme beaucoup de colitiques, ont une excitabilité génitale qui contraste manifestement avec leur état normal.

RADIOGRAPHIE

La première radiographie de l'appendice a été obtenue en 1906 par Bécclère ; depuis, le vermium a été vu une fois à la radioscopie par Belot ; enfin on a pu obtenir l'image de cet organe par la radiographie instantanée.

On ne peut le déceler qu'en le rendant opaque par une substance non perméable aux rayons X. Les substances qui ont été employées sont : le sous-nitrate de bismuth, qui a l'inconvénient d'être très toxique, le carbonate de bismuth, qui est la substance le plus communément utilisée. L'oxychlorure de bismuth est moins cher, moins opaque ; il en est de même de l'oxyde de zirconium et du sulfate de baryum.

On peut introduire la substance opaque par voie buccale ou par voie anale.

La première est la plus fréquente et la technique est alors celle-ci : on prescrit au malade d'absorber la veille de l'examen à midi, à 5 heures du soir et à 7 heures un paquet de 30 grammes de carbonate de bismuth délayé dans de l'eau. Le matin, on fait absorber au moment de l'examen au malade resté à jeun un quatrième paquet de 30 grammes de carbonate de bismuth. On peut au lieu de délayer les paquets dans l'eau, les délayer dans du lait, ou dans de la crème sucrée et à laquelle on aura ajouté soit un peu de menthe, soit une cuillerée à dessert d'eau de fleurs d'orangers. On obtient ainsi une préparation que les malades absorbent très facilement.

Tuffier et Aubourg préconisent de préférence l'introduction de la substance opaque sous forme de lavement bismuthé.

Le bismuth introduit par la bouche arrive parfois au bout d'une heure dans l'appendice, d'autres fois il lui faut vingt-quatre heures

pour passer de l'estomac dans l'appendice. Généralement la masse bismuthée arrive dans le cœcum entre la cinquième et la septième heure d'après Bécclère, et dans l'appendice pour Aubourg entre la dix-huitième et la vingt-deuxième heure.

Aubourg conseille d'employer pour l'examen des tubes Grundlelach de 7 milliampères à 70 centimètres et de faire 9 secondes de pose. Il emploie des plaques Grieshaber et radiographie le malade couché sur le ventre ou debout, la plaque contre le ventre.

On devra associer l'examen radiographique et l'examen radioscopique pratiqué successivement couché et debout en établissant sur le même papier calque 1 diagramme des contours du gros intestin dans les deux positions.

Ce double examen radiographique et radioscopique peut fournir des indications concernant le cœcum, l'appendice, l'épiploon.

1° *Le cœcum.* — On révèle ainsi un état typhlatonique, ou de la ptose du cœcum. Dans ce cas l'indication sera doublement utile puisqu'elle dictera au chirurgien une incision plus basse que normalement. Le double examen radioscopique debout et couché devra montrer une légère mobilité de cet organe. Il ne faut toutefois pas conclure de la situation identiquement semblable du cœcum lors des explorations dans les deux positions à l'existence d'adhérences pathologiques: il peut y avoir seulement fixité excessive du cœcum, sans aucune adhérence inflammatoire, par le seul fait de l'exagération des moyens de fixité de cet organe.

L'examen radiographique peut aussi révéler, par la constatation de la vacuité cœcale, l'existence d'ulcérations tuberculeuses ou cancéreuses;

2° *L'appendice.* — Les indications fournies par les rayons X sont ici moins nombreuses. Cependant parfois on a pu, par ce moyen, déceler des corps étrangers intra-appendiculaires. L'image appendiculaire peut montrer un excès de longueur de l'appendice; il ne peut jamais faire conclure à sa brièveté, car trop de causes peuvent raccourcir l'image du vermium: la direction de cet organe dans un plan différent de celui de la plaque, l'absence de pénétration de bismuth dans une partie de la lumière appendiculaire, le

fait que l'image caecale peut cacher, cache même souvent une partie de l'image vermiculaire.

Dans les cas d'appendice rétro-caecal, il n'existe pas d'image appendiculaire, la masse bismuthée caecale faisant écran ; mais il ne faut pas conclure de l'absence d'image du vermium à une position rétro-caecale : la bouillie bismuthée peut aussi ne pas avoir pénétré dans le canal appendiculaire.

En résumé, en ce qui concerne l'appendice, l'on ne peut tirer que l'une des trois conclusions suivantes :

- 1° L'appendice est normalement long ;
- 2° Il est sous-caecal, pelvien, interne (cette localisation est encore rarement perçue à cause de l'ombre de la partie terminale de l'iléon).
- 3° Il existe des calculs ou des corps étrangers de l'appendice.

3° *L'épiploon*. — L'exploration peut montrer des tiraillements par bride épiploïque, des coudures, en particulier des tiraillements sur la grande courbure de l'estomac, des strictions sur le côlon transverse, une coudure de l'angle droit du côlon. On devra, si l'on voit l'image du côlon ascendant et du côlon transverse accolées près de l'angle droit, glisser la main dans le sinus de l'angle pour essayer de séparer ces deux segments, ou faire apparaître entre eux une image claire qui montrerait qu'il n'y a là aucune coalescence pathologique.

On se rendra également compte par la radioscopie successivement couchée et debout de l'existence d'adhérences du tablier épiploïque, en particulier dans le bassin, mais sur ce point aussi Bécclère a signalé des causes d'erreur, un côlon inadhérent pouvant sembler l'être à la double radioscopie.

Notons en terminant que l'on a voulu demander à la *radiographie stéréoscopique* des indications plus précises sur la situation de l'appendice en profondeur, etc. Mais ces explorations n'ont pas encore donné de résultats assez nets et les causes d'erreur limiteront aussi le champ de ce mode d'examen radiographique.

FORMES CLINIQUES

Nous allons, maintenant que nous avons étudié les différents symptômes de l'appendicite chronique, la manière de les rechercher, leur valeur séméiologique, voir comment, dans la pratique, on les rencontre, comment ils se groupent suivant certaines formes cliniques. Nous chercherons au cours de ces descriptions à citer toutes les fois que nous en posséderons un, un exemple de la forme que nous décrirons. Ces exemples, nous les prendrons soit dans la littérature de l'appendicite chronique, soit parmi les observations que nous avons recueillies. Nous pourrions en apporter un grand nombre, les étudier avec ampleur ; dans un travail comme celui-ci qui ne tend qu'à être une revue générale de nos connaissances sur l'appendicite chronique, si nous faisons appel à nos souvenirs cliniques, nous croyons devoir apporter une certaine discrétion et mêler seulement à cette vue d'ensemble de la question les éléments personnels qui peuvent illustrer notre pensée ; nous ne donnerons donc pas à nos observations une ampleur inutile.

FORME TYPIQUE DE L'ENFANT

Nous empruntons au rapport de Silhol cette description qui est parfaite ; la modifier serait une faute ; nulle observation ne peut être aussi clinique et schématique à la fois.

« Il s'agit d'enfants qui ne sont pas comme les autres : celui-là, diront les parents, a toujours mauvaise mine, et le petit bonhomme qu'on fait comparaître est en effet un petit maigriot, le teint n'est pas positivement jaune mais bistré ; c'est un enfant sans entrain qui s'isole des autres, qui est quelquefois un peu en retard intellectuellement, mais qui, en tous cas, l'est physiquement ; il

est certain qu'il ne va pas bien, qu'il se développe mal, pourquoi?

« Rien d'étonnant disent les parents, il ne mange guère, pas d'appétit. Il a l'haleine forte, parfois même elle a une odeur fécaloïde (Comby); si on l'oblige à manger tel aliment dont il n'a pas envie, il vomit, il a le vomissement facile; et cependant au point de vue intestinal il ne va pas généralement trop mal, bien qu'il soit le plus souvent un constipé. Il y a longtemps que ça dure, par moment il y a des petites périodes, où le mal au cœur se maintient, où le thermomètre accuse quelques dixièmes. Et pourtant l'enfant ne se plaint de rien habituellement, de temps en temps seulement, il a des coliques, une douleur transversale au milieu du ventre; au milieu du repas on le voit s'arrêter de manger et pâlir, pendant quelques minutes. Quelquefois au milieu de jeux un peu plus actifs, c'est une pâleur, une mauvaise mine soudaine qui le font interroger. Au fond, il doit souffrir de temps en temps du ventre, mais il ne le dit pas et d'ailleurs quand on l'interroge, son geste en montrant l'ombilic rassure les parents: ce n'est pas au niveau de l'appendice.

« Si les parents sont rassurés, par contre, ils sont ennuyés et las parce qu'ils ont beau faire, l'enfant ne va jamais bien malgré les régimes et les remèdes, les eaux, la mer, ou la montagne. Il reste toujours avec sa maigreur, son teint bistré, sa nonchalance.

» La silhouette est faite d'une série de petits traits pas appuyées mais caractéristiques: ce sont les mamans qui vous donnent l'observation complète. Elles diagnostiquent même très bien le prochain cas chez leurs enfants ou ceux de leurs amies et cela avec des riens, avec l'allure, avec la teinte du visage.

» Tous les petits symptômes que nous avons donnés pêle-mêle, un peu comme les parents les signalent, se groupent en somme autour de deux éléments: un élément douloureux qui est peu accentué, et un élément infection, intoxication intestinale et hépatique».

FORMES TRÈS ATTÉNUÉES

Cliniquement rien. — Dans un nombre de cas très restreint à la vérité, on ne décèle cliniquement rien, généralement parce que

l'attention du médecin n'a pas été attirée par le malade sur son appendice. Et puis, au cours d'une laparatomie pour une autre affection, ou à l'autopsie, on est tout étonné de trouver des lésions, et même parfois de très grosses lésions : nous en avons cité des exemples en étudiant l'anatomie pathologique de l'appendicite chronique.

Forme larvée traduite seulement par un état général défectueux. — Bécère, un des premiers, a attiré l'attention sur cette forme en citant à la Société médicale des Hôpitaux, le 27 novembre 1903 le cas suivant :

OBSERVATION I

Enfant de croissance normale pour son âge. Un seul symptôme frappe depuis longtemps l'attention des parents : la mauvaise mine persistante de l'enfant : un jour, *par hasard*, le D^r Bécère examine le ventre du petit malade et il trouva un peu de défense dans la fosse iliaque droite. Il fait visiter l'enfant par deux chirurgiens qui conseillent l'opération.

On enlève l'appendice et on le trouve altéré, et présentant deux exulcérations.

Notre collègue et ami Legrand nous a communiqué l'observation suivante :

OBSERVATION II

L..., cinq ans, jamais de troubles digestifs, n'a jamais souffert du ventre, jamais d'indigestion. Mais croissance très lente, teint jaunet, langue constamment sale, légère constipation. On palpe le ventre : la fosse iliaque droite paraît moins profonde que la gauche, mais on ne provoque pas de douleur. Un chirurgien consulté accepte de tenter l'appendicectomie.

Appendicite chronique : folliculite hémorragique, muco-pus dans l'appendice.

Depuis l'opération, le petit malade a grandi assez rapidement, il est maintenant assez coloré. La langue est devenue normale.

Appendicite larvée caractérisée par une simple inappétence. — Anselme Schwartz a publié l'observation (obs. III) d'un enfant de douze ans, qui présentait depuis trois ans une inappétence invincible. On ne trouvait à l'examen aucun symptôme. On pratiqua néanmoins l'appendicectomie et l'anorexie disparut aussitôt.

Crise douloureuse fruste de l'enfant. — Cette forme est extrêmement fréquente ; elle atteint surtout des enfants entre cinq et douze ans ; généralement bien portants, quoiqu'un peu pâlots, ces malades présentent de temps en temps, brusquement au milieu d'un repas, ou plus souvent au milieu de leurs jeux, à l'occasion de mouvements violents, de secousses, de courses au galop une crise : brusquement, l'enfant pâlit, s'arrête, il porte la main à son ventre : elle dure quelques secondes, quelques minutes au plus, puis l'enfant reprend ses jeux, ne conservant qu'un léger endolorissement dans la fosse iliaque droite.

FORMES A RÉACTIONS EXCESSIVES CHEZ LES HYSTÉRIQUES

A côté des formes atténuées que nous venons de citer, il faut faire une place pour les formes où, au contraire, les symptômes manifestent bruyamment les lésions légères de l'appendice. Rendu a bien insisté sur ces formes : il a publié les observations d'hystériques chez qui une simple algie liée à de la congestion de l'appendice, sans crise aiguë à proprement parler pouvait en imposer pour une péritonite généralisée, dont le siège d'origine ne pouvait être décelé, tant les phénomènes péritonéaux prenaient le dessus : douleurs extrêmement violentes, très superficielles, il est vrai, (les malades ne peuvent même pas supporter le contact d'un linge sur leur abdomen), vomissements aqueux, facies cerné, nez pincé. Et cependant il n'existe pas de fièvre, le pouls est rapide, mais bien frappé. Il y a donc dans ce grand tintamarre des discordances qui peuvent avertir de l'exagération des manifestations hystériques : douleurs trop superficielles, que peut calmer parfois une pression profonde, pas de fièvre, pouls bien frappé.

FORMES DOULOUREUSES

On peut rencontrer deux modalités de formes douloureuses: une forme douloureuse permanente, une forme douloureuse seulement par intermittences.

Forme constamment douloureuse. — Cette forme correspond généralement à une sclérose appendiculaire ou à des adhérences. La douleur est souvent le seul symptôme: les symptômes généraux sont inexistantes puisque l'infection est jugulée, il n'existe plus de phénomènes intestinaux, car généralement l'infection colique est aussi guérie. La douleur est persistante, généralement sourde, mais elle rend l'existence pénible à cause de sa continuité et elle amène les malades à demander à être débarrassés chirurgicalement de cette douleur. Son siège varie avec celui de l'appendice: douleurs pelviennes quand l'appendice est pelvien, douleurs lombaires, lorsque l'appendice est rétro-cæcal et remonte haut, douleurs à la marche, quand il existe des adhérences serrées unissant le cæcum et l'appendice au psoas iliaque. Mais si les symptômes généraux ou gastro-intestinaux n'existent plus, on peut les retrouver dans les antécédents des malades.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas très net de cette forme :

OBSERVATION IV

B... Juliette, domestique, vingt-quatre ans, entre le 13 novembre 1911 à la Pitié, salle Terrier, lit 24.

Cette malade a été soignée jadis pour une entérite, qui ne s'est améliorée que lentement: elle a été mise à un régime de viandes blanches, de purées, de pâtes, de lait, d'œufs et de fruits cuits. Actuellement, sauf de la constipation, elle ne présente aucun symptôme gastro-intestinal. Douleur constante, rebelle à tout traitement, d'abord diffuse dans tout l'abdomen, avec légère prédominance à gauche (elle avait alors de l'entéro-colite), mais bientôt ces douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite, avec irradiation vers la cuisse droite, les hanches et la région épigastrique.

Douleurs lancinantes. Elles sont mieux localisées à la fosse iliaque droite depuis qu'un curettage récent l'a débarrassée de douleurs de métrite.

J'opère la malade le 7 décembre 1911 et je trouve un appendice court (4 cm.) scléreux, mince dès sa base, allant en s'effilant de celle-ci à l'extrémité. Pas de lumière centrale. L'extrémité filiforme de ce cordon se fixe à la trompe droite.

La malade, revue depuis, ne souffre plus.

Forme à rechutes douloureuses apyrétiques. — On ne peut pas dans ces cas parler de crise aiguë : il s'agit de crissettes douloureuses, mais sans infection aiguë, peut être faut-il attribuer ces crissettes douloureuses à la torsion d'un appendice malade, à la distension des parois d'un appendice atteint de folliculite, ou à une simple congestion d'un vermium altéré en voie de transformation scléreuse.

Ces crissettes ne sont pas intenses : les malades continuent à vaquer à leurs occupations ; d'ailleurs souvent ces crissettes n'ont que peu de durée : quelques heures, il est rare qu'elles se prolongent un jour ou deux : elles sont toujours apyrétiques, ne s'accompagnent pas de vomissements.

OBSERVATION V

C... Marthe, vingt ans, infirmière, entre le 10 juin 1912 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren.

La malade, qui, dans son enfance, vomissait assez facilement, est prise depuis quelques années, assez fréquemment, tout d'un coup, d'une douleur assez intense dans la fosse iliaque droite. Ces crises douloureuses débutent généralement deux heures après le repas, elles ont une durée de deux heures environ, et laissent la malade endolorie pendant une journée. La malade n'a jamais eu d'élévation de température ; elle ne vomit pas depuis plusieurs années. Jamais de crise d'appendicite aiguë.

Je l'opère le 13 juin 1912 et trouve un appendice long, tordu en spirale, dont l'extrémité est sclérosée. Dans la partie proximale, se voient de nombreuses taches de folliculite.

La malade revue en février 1913 n'a pas eu de nouvelle crise douloureuse.

FORMES A INFECTION PRÉDOMINANTE

Forme fébrile. — Les malades qui présentent cette forme ne viennent jamais directement consulter un chirurgien ; nous ne voyons donc que ceux qui nous sont envoyés par les médecins, et encore faut-il en retrancher le nombre de ceux qui refusent une consultation chirurgicale pour de simples petites poussées fébriles.

Cette forme atteint presque uniquement les enfants et surtout ceux qui sont porteurs de grosses amygdales ou de végétations. De temps en temps, ces enfants ont, le soir, quelques frissons, la peau chaude, les pommettes rouges, les yeux brillants : les parents affolés font venir un médecin qui prend la température, constate une élévation de quelques dixièmes, un degré au plus. Les premières fois, on pense à une infection grippale, puis les accès fébriles se renouvellent, toujours sans lendemain, on est bien obligé d'abandonner cette idée ; on examine alors la gorge des malades, et on met ces élévations thermiques sur le compte des amygdales ou de végétations. On fait couper les unes, curetter les autres, et cependant les petites poussées fébriles se reproduisent encore. On palpe alors le ventre et on trouve de la défense de la fosse iliaque droite, parfois une douleur très légère à ce niveau, provoquée par la palpation profonde ; d'autres fois cet examen ne donne lieu qu'à une simple grimace du petit malade ; de plus, cette palpation provoque souvent un état nauséux qui persiste une heure ou deux : il n'y a pas de doute, il s'agit dans ce cas d'appendicite chronique : appendice généralement long, enroulé et atteint de folliculite assez intense.

Formes à infection générale. — Cette infection se traduit différemment chez l'enfant et chez l'adulte.

Chez l'enfant, ce sont les éléments qui constituent le facies, l'aspect extérieur qui traduisent surtout une infection générale : teint jaunet, yeux cernés, tempes excavées, yeux brillants, cou gracile, amaigrissement, croissance retardée, petites poussées fébriles fréquentes.

Chez l'adulte, l'on note surtout de la torpeur intellectuelle, une tendance à la syncope, des insomnies rebelles, surtout à la suite d'absorption au repas du soir d'alcool ou d'œufs. Ces malades se fatiguent facilement, ils maigrissent, ne peuvent plus fixer leur attention, ni leur volonté. Ils ont fréquemment des petites poussées fébriles.

Cette forme atteint surtout les hommes vers vingt-cinq à trente ans ; elle correspond à un appendice en voie de sclérose (la sclérose y est généralement prédominante quoiqu'elle n'ait pas encore transformé tout le vermium.

Elle est une des plus fréquentes, une de celles qui méritent d'être le mieux connues ; elle est d'ailleurs aussi une des plus faciles à dépister, c'est pourquoi nous nous bornerons à citer l'observation suivante typique :

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de notre maître M. Labey.)

M^{lle} Germaine G..., dix-huit ans.

Depuis quatre ou cinq ans, cette jeune fille a des troubles digestifs vagues pour lesquels elle a été soignée par le Dr J.-Ch. Roux.

Elle a un appétit très capricieux, *a maigri et se fatigue pour un rien*.

A plusieurs reprises, songeant à de l'appendicite chronique, le Dr Labey avait palpé le ventre sans réveiller nulle part de sensation douloureuse.

En avril 1912, apparaît une légère sensibilité spontanée dans la fosse iliaque droite. La palpation réveille alors une douleur très nette dans la région appendiculaire.

Appendicectomie en juin 1912 (Dr Labey). L'appendice, libre, est très long et présente une folliculite hémorragique des plus nettes.

L'état général, après cette intervention, s'est complètement transformé. L'appétit est excellent. Augmentation de poids de 6 kilos en trois mois et augmentation de la taille d'au moins 3 centimètres.

L'entrain est revenu et la résistance physique à la fatigue et aux marches est devenue parfaite.

FORMES INTESTINALES

Formes à constipation prédominante. — Certains malades n'accusent que ce seul symptôme, mais il est facile d'en découvrir la cause en palpant la fosse iliaque droite. Ce sont des sujets généralement adultes qui ne vont guère à la selle que tous les trois ou quatre jours. Ils ont du météorisme, surtout accusé dans la partie droite de l'abdomen, une langue sale, ils sont sujets aux nausées qu'ils mettent sur le compte de leur constipation. Certains, au moment de leurs selles qui, parfois, se présentent sous forme de débâcle diarrhéique fétide (constipation cæcale), offrent des réactions générales intenses d'origine colique : mais ce sont avant tout des constipés et les différents symptômes dont ils se plaignent, ils les rattachent eux-mêmes à la constipation. Ce sont des malades ayant généralement de l'épiploïte qui coude ou enserre leur côlon.

Certains d'entre eux, sans consulter personne, essaient de traiter cette constipation par les grands lavages intestinaux, erreur regrettable de leur part, car ainsi ils irritent leur muqueuse colique, risquant de provoquer l'apparition de réactions générales, et aussi de créer, si elle n'existe pas, ou d'aggraver si elle existe déjà ou s'ils l'ont déjà créée, une entérite.

Cette forme peut, suivant son degré et ses manifestations, revêtir plusieurs aspects différents : **forme très prononcée allant jusqu'à l'occlusion intestinale, forme à invagination intestinale** de Jalaquier, **forme à débâcles diarrhéiques** de constipation cæcale.

Forme entéro-colitique. — Cette forme est une des plus communes, car la coexistence des deux affections est fréquente, quelle que soit celle qui ait débuté. C'est cette forme qui a provoqué la discussion de l'Académie de Médecine où Dieulafoy est venu nier l'existence de l'appendicite chronique, lorsqu'il existait des symptômes nets de colite.

Dans cette forme, il y a association des symptômes des deux affections : selles glaireuses, contenant du pus, des membranes, parfois un peu de sang ou de sable intestinal, douleurs spontanées non plus localisées dans la fosse iliaque, mais siégeant sur tout le trajet du côlon, en particulier sur celui du côlon descendant, constatation de la corde colique et d'un plastron cæcal, amaigrissement, fièvre légère le soir. Mais dans ce tableau plusieurs points montrent l'existence de l'appendicite : facilité des vomissements, fixité et constance du point douloureux provoqué dans la fosse iliaque droite, inefficacité du traitement diététique prolongé. De cette forme aussi polymorphe que celles de l'entérocolite muco-membraneuse, nous pouvons donner un exemple typique.

OBSERVATION VI (Personnelle)

M^{me} D..., Germaine, employée, vingt-trois ans, entre le 4 septembre 1912 salle Lisfranc à l'hôpital Saint-Antoine.

Elle entre pour des douleurs abdominales datant du mois de mars.

Cette malade n'a jamais eu de maladie à proprement parler, mais a toujours été considérée comme anémique. Jamais de gastro-entérite dans l'enfance.

En mars 1912, la malade est prise de douleurs abdominales siégeant dans tout l'abdomen. Ces douleurs la prennent généralement avec régularité tous les matins vers 9 à 10 heures et se prolongent jusqu'à midi ou 1 heure ; souvent elles reparaissent, mais plus atténuées vers 4 heures de l'après-midi.

Ces douleurs sont diffuses, siègent dans tout l'abdomen, sauf de temps en temps où elles se localisent dans la fosse iliaque droite, mais sans maximum très prononcé à ce niveau.

Elles s'accompagnent de fatigue générale, de vertiges, d'état subsyncopal, sans nausées, ni vomissements.

La malade est extrêmement constipée, ne va guère à la selle que tous les trois ou quatre jours : elle remarque, mêlées à ses fèces, des glaires, des membranes et assez souvent du sang rouge. Au moment des selles, sensation de brouillard devant les yeux, état subsyncopal, douleurs prononcées dans tout l'abdomen.

Amaigrissement marqué (40 kgr. environ) et affaiblissement progressif, assez intense pour forcer la malade à garder le lit pendant six semaines.

Le Dr J. Renault consulté diagnostique une appendicite chronique et envoie la malade au Dr Labey.

A son entrée à l'hôpital, la malade est dans un mauvais état général : maigreur, facies tiré, yeux cernés. Langue blanche. Haleine fétide.

Examen du ventre : défense nette de la fosse iliaque droite, douleurs provoquées par la palpation. Corde colique à gauche, mais moins douloureuse que la fosse iliaque droite. Léger empatement de la région cæcale.

Au toucher : douleurs dans le cul-de-sac droit ; on y sent un cordon dur, douloureux. Rien à gauche.

13 novembre 1912. — *Laparotomie médiane* (à cause des annexes droites) (Dr Labey). Annexes saines. Appendice énorme, congestionné, dur, rigide, descendant dans le petit bassin jusqu'au contact de l'ovaire droit. A la coupe, il apparaît tacheté comme une peau de panthère : taches de folliculite dans toute la longueur de l'appendice. Pas de sclérose.

La malade qui est spontanément venue nous voir en avril n'a pas eu depuis l'opération de nouvelles crises douloureuses abdominales aussi intenses : celles qui persistent vont en diminuant d'intensité et en s'espaçant. Le poids est revenu ce qu'il était il y a un an. Bon état général.

Cette malade présentait, on le voit, ce que Mathieu et ses élèves, Millon et Marre ont décrit sous le nom de « réactions coliques » mais dans cette observation ces réactions coliques sont au deuxième plan.

Elles peuvent dans certaines formes constituer l'élément capital.

Forme à « réactions coliques ».— Après la description que nous avons donnée à l'étude des symptômes de ces crises de *réactions coliques*, nous ne pouvons donner une meilleure idée de cette forme qu'en citant l'observation suivante :

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. Ricard.)

Enfant de dix ans, pâlot, jamais d'affections sérieuses.

Depuis environ dix-huit mois, de temps en temps, l'enfant est pris de

syncope brusque, sans autre prodrome que des douleurs abdominales pendant une ou deux secondes avant le début. On court chercher le médecin, qui demeure dans la même maison, et si rapide que soit celui-ci, il arrive toujours après la fin de cette syncope. Souvent il y a, à la suite de cet état, une débâcle diarrhéique.

L'examen de l'abdomen le montre uniformément endolori après ces crises. *Jamais* on n'a pu provoquer de douleur dans la fosse iliaque droite.

Néanmoins, en raison de ces crises répétées et de l'état général défectueux, on décide de pratiquer l'appendicectomie : elle est pratiquée par M. Ricard : appendice contenant du mucus et présentant une folliculite *très intense* ayant presque perforé par places la paroi appendiculaire.

Depuis l'opération, les crises de réactions coliques ont cessé.

Parfois ces crises se présentent sous une forme atténuée ; nous avons pu en recueillir un exemple intéressant dans lequel ces réactions coliques prenaient le type de la fausse angine de poitrine nocturne. Ce type est beaucoup plus commun qu'on ne le pense : c'est le type des jeunes gens et des intellectuels ; nous l'avons retrouvé de façon fréquente chez nos collègues opérés d'appendicite chronique et que nous avons pu interroger. Ces crises de pseudo-angine mal définie coïncident généralement avec l'absorption au repas du soir d'œufs ou de boisson alcoolique.

OBSERVATION VIII

X..., étudiant en médecine, vingt-six ans.

X... qui est depuis longtemps un entéritique (crises de réactions coliques syncopales dans l'enfance) a eu, il y a plusieurs années, une série de crises bizarres : au milieu de la nuit, il s'éveillait brusquement en proie à un malaise vague, indéfinissable qui durait de cinq minutes à un quart d'heure. Croyant pouvoir attribuer ces crises à l'abus de la cigarette, X..., supprime le tabac. Persistance des crises : celles-ci s'atténuent par le repos au cours des vacances.

Il y a dix-huit mois nouvelles crises : le malade s'aperçoit alors qu'elles surviennent quand il a bu à son repas du soir des boissons alcooliques. Serrant de plus près l'examen de ces manifestations, il remarque qu'à la fin de la nuit, en s'éveillant, il a une débâcle diarrhéique douloureuse.

Parfois état subnauséux, digestions lentes, météorisme.

Un examen de l'abdomen pratiqué il y a un an fait découvrir un point douloureux net et constant dans la fosse iliaque droite.

Appendicectomie (folliculite hémorragique).

Pas de nouvelle crise depuis l'opération même après absorption de liqueurs alcooliques. Amélioration de l'état général. X... est heureux de pouvoir manger à son goût sans aucun trouble gastro-intestinal.

Forme intestinale et diarrhée.— C'est une forme plus rare, accusant une intoxication chronique; elle se caractérise par une diarrhée très fétide et persistante, la lientérie, ou des selles grumeleuses et mal liées, malgré tous les traitements. Ce peut-être le seul signe fonctionnel, mais la palpation de la fosse iliaque droite en provoquant une douleur à ce niveau, douleur constante et persistante, révèle l'origine appendiculaire de cette diarrhée. Souligoux et Gaston Lyon ont cité le cas d'une malade soignée par eux et qui ne pouvait prendre de lait sans être prise d'une diarrhée abondante, fétide et de douleurs gastriques,

FORMES A TROUBLES GASTRIQUES PRÉDOMINANTS

Forme des petits vomisseurs.— Cette forme est l'une des plus fréquentes entre quatre et douze ans. Elle correspond à un appendice atteint de folliculite hémorragique; parfois celle-ci est assez intense pour avoir aminci considérablement la paroi à ce niveau.

L'histoire de ces petits malades est simple: ce sont des enfants pâlots, et plus souvent des adénoïdiens qui, à la moindre occasion, ont un vomissement, souvent isolé: ils ont mangé un mets qu'ils n'ont pas l'habitude de manger, le 4^{er} janvier ou un autre jour de fête ils ont mangé une trop grande quantité de bonbons; ils ont mangé après s'être livrés à des jeux trop violents; la cause varie, mais le résultat est le même: l'enfant se sent fatigué, son facies pâlit encore, parfois le petit malade se plaint de souffrir du ventre, puis survient un vomissement alimentaire, où les parents croient reconnaître la cause de tout le mal: l'enfant mal disposé va se coucher. Le lendemain, il reprend sa vie normale, tout est oublié

jusqu'à la prochaine crissette ; mais un beau jour, la paroi appendiculaire progressivement amincie et ulcérée est détruite et l'appendice est perforé, donnant non la crissette habituelle, mais la crise grave que traduit immédiatement la petitesse du pouls et l'altération profonde des traits du petit malade. Il ne se passe pas d'année sans que le premier janvier ou le lendemain, notre maître M. Walther ne soit appelé à opérer un de ces petits malades qui vient de perforer son appendice après une série de crissettes banales.

Vomissements cycliques. — Chez d'autres enfants, ces vomissements reviennent avec une assez grande régularité : ce sont les vomissements cycliques, dont Comby a montré les rapports avec l'appendicite chronique.

Tous les mois généralement, ces malades ont pendant vingt-quatre heures, rarement plus, des vomissements bilieux, parfois accompagnés d'élévation thermique, mais sans crise aiguë à proprement parler ; ces vomissements disparaissent brusquement comme ils sont venus, pour reparaitre le mois suivant avec une grande régularité. Comby a publié une série d'observations de vomissements périodiques.

Ans. Schwartz a vu ces vomissements cycliques, d'ordinaire l'apanage de l'enfance, se produire aussi chez l'adulte. Il en a publié une observation typique :

OBSERVATION VIII (Résumée)

(Anselme, Schwartz)

Jeune homme, vingt ans.

Tous les mois, vomissements cycliques pendant vingt-quatre heures.

Tout le gros intestin est gros, dur, douloureux. Défense dans la fosse iliaque droite.

Opération. — Petit abcès intra-appendiculaire.

Cessation de ces crises après l'opération.

Vomissements incoercibles. — Hayem, Pinard ont montré

qu'il fallait rattacher à l'appendicite presque tous les vomissements incoercibles. Et, d'ailleurs on a remarqué que l'appendicectomie guérit souvent les vomissements incoercibles de la grossesse. Pour Pinard, chez toute femme enceinte ayant des vomissements, on doit rechercher s'il y a de la fièvre; s'il y en a, c'est parce que ces vomissements sont le fait d'une appendicite chronique, et il faut opérer la malade.

Comby a vu des vomissements incoercibles dans l'enfance; l'appendicectomie les guérit presque toujours. Mais il est rare qu'il n'y ait pas dans ces cas, à l'origine, de crise aiguë, et c'est pourquoi nous n'insisterons pas sur cette forme qui rentre rarement dans le cadre de notre étude.

Forme hypopeptique avec atonie-gastrique. — On intitulait généralement, il y a vingt ans, les maladies que nous rangeons dans cette catégorie : dilatation d'estomac. Elle comprend, cette catégorie, surtout des adultes. La symptomatologie est entièrement celle de l'atonie gastrique avec hypopepsie : malades souffrant de nausées, parfois de vomissements aqueux le matin à jeun, souffrant surtout pendant les digestions et à ce moment, lourdeurs de tête, pyrosis, vertiges, bourdonnements d'oreille, météorisme, sensations de barre épigastrique, nausées parfois, palpitations. Il n'existe pas généralement de douleur abdominale spontanée, mais si, examinant complètement son malade, on appuie sur la fosse iliaque droite, on sent généralement un cæcum gros, dur, douloureux et on provoque une douleur nette et constante. L'on surprend beaucoup ces malades en leur annonçant qu'ils sont atteints d'appendicite chronique, alors qu'ils ne souffraient que de leur estomac et de leur tête. Nous en avons observés un cas très net :

OBSERVATION IX

D. . Suzanne, infirmière, vingt-sept ans.

Vient consulter parce qu'elle a « de mauvaises digestions ». Elle nous raconte que depuis plusieurs années, (mais ces symptômes sont de plus en plus gênants) elle sent, après déjeuner « le feu lui monter à la figure » ;

et, en effet, à ce moment elle vient de déjeuner et elle a la face très congestionnée. De plus, elle sent des pesanteurs persistantes dans la région gastrique, parfois même des nausées, qui, quelquefois, peuvent devenir tellement intenses que la malade s'est crue enceinte. Palpitations, céphalées fréquentes, bourdonnements d'oreille. Nous examinons la malade ce jour-là et un autre jour, avant son repas : estomac dilaté, fosse iliaque droite manifestement douloureuse. La malade prétend ne jamais souffrir spontanément de l'abdomen.

Nous pratiquons l'appendicectomie le 26 décembre 1911 : appendice adhérent à la fosse iliaque et à la partie terminale de l'iléon, qui est collée contre la fosse iliaque.

Guérison.

Forme d'ulcère d'estomac. — A côté de cette forme à type hypochlorhydrique avec hypertonie gastrique, on peut trouver la forme opposée : hyperchlorhydrie avec hypertonie gastrique. Cette deuxième forme serait due pour Moynihan à une contracture réflexe du pylore, ou pour Paterson, à une action sécrétoire réflexe ou à une toxémie à point de départ intestinal. Quoi qu'il en soit de la pathogénie de ces troubles gastriques, leur expression clinique est la suivante :

Les malades viennent généralement consulter pour des douleurs épigastriques et un malaise notable après les repas : éructations acides, vomissements, voire mélaéna. Cette douleur épigastrique irradie à la partie inférieure de l'abdomen dans la fosse iliaque droite ; souvent il y a exacerbation périodique de ces douleurs. L'examen du suc gastrique indique tantôt de l'hyperchlorhydrie, tantôt une quantité d'acide chlorhydrique libre normale ou même inférieure à la normale, parfois même absence d'acide chlorhydrique libre. En règle, il existe de l'augmentation des acides volatiles et parfois hypersécrétion manifeste. Mais, dans ce tableau, trois éléments doivent faire soupçonner l'origine appendiculaire de ces troubles : 1° la fixité et la constance de la douleur provoquée dans la fosse iliaque droite ; 2° la fièvre ; 3° le fait que ces troubles sont réfractaires à tous les régimes dirigés contre l'ulcère d'estomac. Gaston Lyon a publié une observation bien intéressante que nous croyons devoir résumer ici :

OBSERVATION X (Résumée)

(Dr Gaston Lyon)

Jeune fille traitée depuis onze ans avec toutes sortes de diagnostics gastriques, en particulier celui d'ulcère d'estomac et celui de dyspepsie nerveuse : elle avait des vomissements intermittents, un état nauséux, une anorexie rebelle et des phénomènes douloureux très pénibles tant subjectifs qu'objectifs : ingestions alimentaires immédiatement suivies de douleurs extrêmement vives (brûlures, torsions) ; la pression au creux épigastrique réveille une douleur comparable à celle de l'ulcère ; un simple effleurement de la peau provoque une sensation douloureuse ; il existait une plaque d'hyperesthésie cutanée très nettement délimitable, des dimensions d'une pièce de 5 francs environ, et siégeant au creux épigastrique ; une épingle promenée à ce niveau amène une réaction douloureuse immédiate. Il existe d'autre part, au point de Mac Burney une zone d'hyperesthésie cutanée très limitée dont la constatation mit sur la voie du diagnostic. Souligoux trouva une appendicite chronique avec adhérences épiploïques, exerçant une traction sur l'estomac ; il mit par l'appendicectomie et la destruction des adhérences un terme à la gastralgie et aux autres troubles morbides.

La conclusion pratique est la suivante : dans tous les syndromes ressemblant à un ulcère d'estomac, il importe d'examiner l'appendice, et, s'il y a le moindre doute, de pratiquer l'appendicectomie au cours de l'intervention pour les troubles gastriques incriminés.

FORMES PELVIENNES

Deux ordres de fait méritent, sous ce titre, de retenir notre attention :

1° Les appendicites chroniques pures, sans lésions utéro-annexielles, présentant des symptômes utéro-annexiels qui en imposent pour un trouble de ces organes ;

2° Les appendicites chroniques pures avec lésions utéro-annexielles (salpingites légères ou plus souvent simples adhérences),

c'est le *flirt appendiculo-annexiel* de Segond, la forme décrite admirablement par Barnsby dans sa thèse.

L'étude de la première catégorie de faits est en grande partie l'œuvre de Soupault et Jouaust. Siredey, Legendre, Lejars, Lœwenhardt, Potherat, ont publié des observations extrêmement intéressantes. Notons que dans l'un des cas de Lejars, où les symptômes appendiculaires cédaient le pas aux symptômes ovariens, il existait de *très grosses lésions* appendiculaires.

Ces accidents pelviens de l'appendicite chronique sont rarement bruyants, généralement légers, fugaces, difficilement reconnus par les malades et diagnostiqués même par le médecin : colique menstruelle, mais en réalité il existe une douleur spontanée dans la fosse iliaque droite, une douleur à la pression au point de Mac Burney, parfois plus bas (d'où une grande difficulté du diagnostic), une diarrhée légère pendant un ou deux jours, des nausées, des vomissements alimentaires ou bilieux se reproduisant trois ou quatre fois en deux jours, de la courbature, de la céphalée, des frissons, une élévation de la température rectale à 37°8-39 degrés ; le pouls est autour de 100. Ces accidents apparaissent généralement un ou deux jours avant les menstrues, jamais dans la période intermenstruelle ; parfois ils ne se reproduisent pas tous les mois régulièrement ; les phénomènes généraux sont plus ou moins graves suivant les crises.

Tels sont les symptômes de l'appendicite chronique à forme dysménorrhéique sans lésions utéro-annexielles. Nous pouvons en donner l'exemple suivant :

OBSERVATION XI (Personnelle)

L... Georgette, dix-huit ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, le 5 décembre 1912.

Depuis deux ans, au début de chaque période menstruelle, la malade présente une crise douloureuse caractéristique :

La veille de l'apparition du sang menstruel, presque chaque mois (il n'y a eu que deux exceptions en deux ans), la malade est prise de douleurs spontanées dans toute la partie inférieure de l'abdomen, douleurs d'abord

sourdes, puis devenant parfois progressivement assez vives. Dans la journée, la malade a régulièrement deux ou trois vomissements bilieux, le plus souvent une ou deux selles diarrhéiques; elle dit avoir à ce moment de la fièvre, mais elle n'a jamais pris sa température; le lendemain tout rentre dans l'ordre et les menstrues apparaissent.

La malade vient nous consulter le 5 décembre, en pleine crise: elle présente les symptômes que nous venons de signaler; nous constatons une température de 38°4; une douleur provoquée, très nette, au point de Mac Burney et une défense musculaire caractéristique dans la fosse iliaque droite. Toucher vaginal impossible.

J'opère la malade le 10 décembre, aussitôt après disparition des menstrues: je trouve l'appendice au centre d'une masse formée par le cæcum, l'appendice et la partie terminale de l'iléon réunis et collés par des adhérences inflammatoires très serrées contre la fosse iliaque. Cette masse est dirigée obliquement de bas en haut, de droite à gauche et d'avant en arrière. Appendice manifestement enflammé: muco-pus. pus franc par places; sclérose intense de l'extrémité du vermium. De plus, entre cette masse et la fosse iliaque à laquelle elle est adhérente, je trouve un abcès contenant le volume d'un dé à coudre de pus franc, qui nécessite le drainage de la fosse iliaque.

Nous n'avons pas revu la malade depuis sa sortie de l'hôpital, le vingtième jour, en bonne santé.

Dans le flirt appendiculo-annexiel, on peut rencontrer les mêmes symptômes que dans la forme précédente, mais souvent aussi une douleur abdominale constante, avec maximum à droite, non dans la fosse iliaque, mais plus bas. L'on examine les malades et l'on arrive à provoquer une douleur plus vive par le toucher vaginal dans le cul-de-sac droit; de plus, à ce niveau, on sent une induration ou un cordon dur; en un mot tous les éléments pour faire un diagnostic de salpingite; mais la persistance, malgré le repos et la glace, de la douleur abdominale, les troubles gastro-intestinaux doivent faire penser à l'appendicite. L'intervention, dans ces cas, comportera une laparotomie médiane permettant de vérifier l'état des annexes et de l'appendice. On trouvera généralement ou coexistence d'une appendicite chronique et d'une salpingite droite, ou adhérence de l'appendice malade aux annexes droites. En voici un exemple:

OBSERVATION XII (Personnelle)

M^{me} G..., trente-six ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Lisfranc, le 3 octobre 1912.

Elle nous est envoyée par un médecin qui a diagnostiqué : appendicite chronique et salpingite.

Depuis plusieurs années déjà, M^{me} G... souffre de douleurs abdominales, siégeant surtout dans la fosse iliaque droite, apparaissant le plus souvent deux ou trois heures après les repas. Ces douleurs s'accompagnent parfois d'un état nauséux assez prononcé, beaucoup plus rarement de vomissements. La constipation est constante, la malade ne va à la selle que tous les deux ou trois jours. Langue blanche, haleine fétide. Amaigrissement assez prononcé, paraît-il. Facies tiré. Teint jaune.

Avant l'arrivée des règles, les douleurs augmentent considérablement d'intensité, sont toujours beaucoup plus intenses dans la fosse iliaque droite et s'accompagnent plus souvent de vomissements. Ces douleurs diminuent généralement dès que les règles apparaissent, ou au plus tard le lendemain.

A l'examen on constate : 1° de la défense musculaire dans la fosse iliaque droite et une douleur provoquée par la palpation à ce niveau. Il semble que l'on sente, en faisant largement respirer la malade, un cordon dur et douloureux plongeant dans le petit bassin. Par le toucher, dans le cul-de-sac droit, douleur provoquée irradiant vers la fosse iliaque droite, le flanc droit et l'hypogastre. Induration sans limites nettes dans le cul-de-sac droit. Rien dans le cul-de-sac gauche.

J'opère la malade le 3 octobre 1912, je passe par voie latérale, tant les annexes gauches me semblent saines. Je trouve un appendice gros, dur, dirigé vers le petit bassin et coudé vers sa partie moyenne par une adhérence à l'ovaire et à la trompe droite qui passe sur cette partie moyenne en la cravatant et donne à l'ensemble du vermium une forme en V. Ovaire et trompe semblent sains, sauf un peu de péri-salpingite et de péri-ovaire vraisemblablement d'origine appendiculaire.

Ablation de l'appendice qui est très anciennement malade et sclérosé sur toute son étendue.

J'ai eu des nouvelles de la malade fin avril ; ses règles ne sont plus douloureuses comme elles l'étaient depuis quelques années et les troubles gastro-intestinaux ont disparu.

FORME PSEUDO-TUBERCULEUSE

Cette forme, la dernière née des formes de l'appendicite chronique, est une des plus intéressantes par les problèmes qu'elle pose : est-ce de la tuberculose avec ulcérations ou lésions tuberculeuses atténuées de l'appendice (Bialokur)? est-ce de l'appendicite chez un tuberculeux torpide, qui ne fait de la fièvre qu'à l'occasion de son appendicite et semble guéri par l'appendicectomie parce que, l'appendice malade enlevé, la fièvre disparaît et la tuberculose reprend sa marche silencieuse (Galliard, Sabourin)? est-ce de l'appendicite sans lésions pulmonaires tuberculeuses, mais avec manifestations pulmonaires réflexes (Walther, Faisans)? Entre ces hypothèses, il est actuellement difficile de se prononcer. Ce n'est pas d'ailleurs ici la place de discuter ces questions. Nous devons seulement dans ce chapitre faire œuvre clinique.

Voici quels sont les symptômes de cette forme :

Elle atteint le plus souvent des jeunes gens de dix-huit à trente ans.

Ceux-ci ont remarqué que depuis quelques mois ils maigrissent : leur entourage leur trouve un teint pâle et terreux. Ils ont des sueurs nocturnes qui les ont incités à prendre leur température ; ils ont alors constaté de la fièvre : tantôt il y a une simple élévation vespérale de quelques dixièmes de degré : 37°8, 38 degrés, tantôt l'ensemble de la courbe de leurs températures prises pendant plusieurs semaines est tout entière un peu au-dessus de la normale. Les efforts, la fatigue, la marche donnent une élévation de la courbe thermique (signe de Daremberg). Du reste, cette fièvre, ils la sentent (frissons, chair de poule, fatigue, accablement). On peut, chez ces malades, trouver de la déminéralisation, signe important.

Les symptômes fonctionnels qu'ils accusent sont les uns gastro-intestinaux, les autres pulmonaires. Les symptômes gastro-intestinaux sont très différents de ceux que l'on rencontre dans la bacillose pulmonaire, qui consistent surtout en anorexie, en troubles de gastrite médicamenteuse et en toux émétisante. Leurs symp-

tômes sont ceux des appendicites chroniques : nausées, vomissements provoqués par les substances grasses, constipation, parfois interrompue par des débâcles de diarrhée fétide ou constipation simple.

Ces malades toussent d'une toux sèche, quinteuse, sans expectoration, comme au début de la tuberculose pulmonaire, parfois coqueluchoïde, ce qui peut venir d'une adénopathie trachéo-bronchique (ces malades sont souvent des adénoïdiens). Cette toux s'accompagne d'une dyspnée légère qui s'explique par la congestion pulmonaire de la base droite. Il existe parfois un point de côté plus ou moins pénible rappelant les douleurs thoraciques d'origine pleurale ou intercostale du début de la tuberculose ; cette douleur siège à la partie moyenne de la moitié droite du dos.

Ces symptômes fonctionnels attirent l'attention du malade et du médecin vers les poumons. Leur examen est parfois absolument négatif ; parfois on peut observer une inspiration plus ou moins rude, une expiration soufflante ou prolongée, de la diminution du murmure vésiculaire au sommet droit, enfin, de la congestion de la base droite (il se fait sous l'influence de l'excitation intestinale une vaso-dilatation des capillaires pulmonaires aboutissant à la stase veineuse). Or Fernet a insisté sur une localisation analogue au début de la tuberculose pulmonaire par troubles vaso moteurs provenant de l'irritation du pneumogastrique par un ganglion médiastinal. Mais, ainsi que nous le disions tout à l'heure, les symptômes fonctionnels peuvent ne s'accompagner d'aucun symptôme physique.

Ces divers signes disparaissent rapidement après l'appendicectomie, à moins qu'il n'existe une entéro-colite, qui, persistant après l'appendicectomie, n'entretienne ces manifestations par un mécanisme analogue.

Nous avons pu observer de cette forme un cas absolument typique :

OBSERVATION XIII (personnelle)

M^{lle} T..., Jeanne, vient nous consulter en décembre 1911 parce qu'elle se croit tuberculeuse et qu'elle a un intérêt capital à être renseignée de

façon précise ; elle nous dit que sa mère est morte à trente-six ans de bacillose pulmonaire ; qu'elle même a beaucoup maigri, qu'elle tousse, qu'elle a des sueurs nocturnes et parfois un point de côté à la partie moyenne du dos à droite.

Nous l'interrogeons soigneusement sans songer d'abord à la possibilité d'une appendicite, mais en serrant de près son interrogatoire et son examen, voici ce que nous apprenons :

Antécédents personnels. — Comme maladie antérieure, seulement une scarlatine à dix-huit ans.

Réglée à quatorze ans, l'est depuis régulièrement, mais ses règles sont douloureuses.

Depuis trois ou quatre ans, elle souffre de troubles digestifs : ne digère pas le lait, les poissons, même maigres, les fritures, la chair à saucisse, toutes choses qu'elle digérait bien auparavant. Quant aux œufs, elle n'en mangeait jamais, ne les aimant pas. Depuis deux ou trois ans, elle a perdu son appétit.

De plus, depuis la même époque, elle présente une série d'autres symptômes.

a) Une série de crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, apparaissant dans les jours qui précédaient les règles, douleurs à maxima nocturnes, assez violentes, dit la malade, pour avoir provoqué des syncopes (elle a eu peut-être à ce moment des « réactions coliques ») ; pendant ces crises douloureuses, aucune alimentation n'est possible.

Ces crises douloureuses prémenstruelles se sont actuellement atténuées ;

b) Une toux quinteuse accompagnée de douleurs dorsales ;

c) Des sueurs nocturnes ;

d) Un amaigrissement qui, au début (il y a deux ou trois ans) a atteint 5 kilogrammes en trois mois.

e) Des crises diarrhéiques, de diarrhée fétide, alternant avec des périodes de constipation opiniâtre. Ces crises diarrhéiques se sont actuellement espacées, et la constipation est moins opiniâtre.

Actuellement, cet amaigrissement a augmenté : il atteint de 9 à 10 kilogrammes.

De plus, il existe maintenant, en dehors de la période prémenstruelle, des douleurs constantes et tenaces dans la fosse iliaque droite, exacerbées par la pression à ce niveau et irradiant, quand on appuie sur la fosse iliaque vers l'angle colique gauche.

Le teint de la malade est terreux, la langue blanche.

Nous recherchons du côté des sommets la cause de cette toux, de ce

point de côté, de ces sucurs nocturnes et de cet amaigrissement ; nous ne trouvons rien à l'examen physique des poumons, rien au cœur.

En revanche, l'examen de la fosse iliaque droite par la douleur constante et persistante qu'on y provoque, par une défense musculaire très appréciable nous fait rattacher ces symptômes que la malade croyait d'origine pulmonaire à la même cause que les crises de coliques prémenstruelles, que l'anorexie, les crises de réaction colique et l'absence de digestion des substances grasses, à l'appendicite chronique pure.

L'appendicectomie est pratiquée le 18 janvier 1912 par M. Baumgartner dans le service de M. Walther.

Appendice pelvien scléreux atrophique.

Nous revoyons la malade une première fois le 24 mars 1912, deux mois après l'opération : le teint de terreux est devenu rose, la malade a regagné 3 kilogrammes ; elle digère facilement les poissons, les fritures, les saucisses ; elle n'a pas encore essayé de nouveau d'absorber du lait. Elle n'a plus de douleurs prémenstruelles, ni abdominales, plus de toux quinteuse. Elle a eu une grosse bronchite, assez intense, mais sans durée et sans cette toux quinteuse et douloureuse qui la gênait tant auparavant. Enfin elle a retrouvé sa gaieté qu'elle avait perdu depuis deux ans et demi.

Depuis cette date, la malade, mariée, a eu une grossesse sans vomissements, avec seulement quelques troubles gastriques qui ont cédé à une réduction de la quantité de liquides absorbés aux repas. Mais elle a présenté à la fin de sa grossesse des symptômes pulmonaires qui ressemblaient à ceux que l'on observe souvent dans les formes pseudo-tuberculeuses de l'appendicite chronique : congestion de la base droite, inspiration prolongée, expiration soufflante au sommet droit. Ces symptômes persistant depuis un mois, qui nous inquiétaient et qui faisaient croire à un début de bacillose, ont disparu en dix jours à la suite de l'accouchement.

Actuellement, tout va bien : état général et état local.

FORMES HÉPATIQUES

Deux formes hépatiques de l'appendicite chronique peuvent être décrites : 1° une forme par association d'angio-cholécystite à l'appendicite ; 2° une forme cholémique.

La première n'est pas rare ; elle peut revêtir trois modalités :

les deux localisations hépato-vésiculaire et appendiculaire peuvent être aussi intenses, les symptômes appendiculaires peuvent prédominer ou enfin ils peuvent céder le pas aux symptômes hépatiques. De ces diverses modalités résulte une série d'aspects cliniques impossibles à résumer. Nous ne nous y attarderons pas.

La forme cholémique mérite davantage notre attention : elle est fréquente. Les malades qui appartiennent à ce type sont caractérisés par ce teint terreux de la cholémie familiale, par la fréquence des petites crises de subictère, plus ou moins marqué, par une constipation persistante, avec selles mal colorées, généralement fétides, par un état facilement nauséux, avec même des vomissements assez fréquents, de l'anorexie, de la somnolence après les repas, des tendances à la neurasthénie, des palpitations, un mauvais état général. L'examen physique de l'abdomen révèle une légère augmentation de volume du foie, qui est sensible, parfois même douloureux, de la défense musculaire et une douleur provoquée dans la fosse iliaque droite.

De cette forme, voici un exemple :

OBSERVATION XIV (Personnelle)

M^{lle} D... Alphonsine, dix-neuf ans, modiste, entre au début de janvier 1913 à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Jacquet.

Elle y entre parce que depuis quelques mois elle n'a plus d'appétit, ne digère pas les substances grasses, et particulièrement le lait et les œufs, qu'elle maigrit, et enfin parce qu'elle a de fréquentes poussées de subictère. A son entrée à l'hôpital Saint-Antoine, son subictère est très prononcé ; non seulement les conjonctives et la face inférieure de la langue sont jaunes, mais toute l'étendue des téguments est colorée. Les urines contiennent de l'urobiline en assez grande quantité.

Nausées fréquentes, langue blanche, haleine fétide.

Constipation très opiniâtre, selles peu colorées et très fétides.

Malade très maigre, neurasthénique.

Par la palpation, on provoque de la douleur : 1° au niveau du bord inférieur du foie qui déborde les fausses côtes de deux travers de doigt ; 2° au point de Lanz.

Une dizaine de jours après la disparition du subictère j'opère la malade.

21 janvier 1913. — Je pratique l'appendicectomie dans un pli cutané interiliaque : incision de 13 millimètres ; je trouve un appendice long, enroulé, avec plusieurs foyers nets de folliculite hémorragique et une sclérose manifeste de l'extrémité de l'appendice.

Les jours suivants, poussée de subictère extrêmement intense avec fièvre, état grippal. Tendance à l'asthénie généralisée.

La malade guérie de tous ces troubles le 13 février sort de l'hôpital. Elle va bien, a engraisé, ne présente plus de troubles digestifs et n'a pas fait de nouvelle poussée de subictère ; quoique plus colorée, elle garde encore un teint cholémique.

FORMES URINAIRES

Forme néphroptosique. — En réalité, on rencontre souvent l'association de l'appendicite chronique et du rein mobile, ainsi que nous l'avons vu déjà. Jalaguier estime que, dans ce cas, l'appendice est le plus souvent pelvien car il y a ptose généralisée.

Mais parfois la grosse masse que l'on sent et que l'on croit être le rein est constituée par une masse cæco-appendiculaire. Il existe des douleurs lombaires et des douleurs sur le trajet de l'uretère droit. En présence de cette coïncidence de douleurs lombaires, justo-ombilicales et au point de Lanz, et de la présence d'une grosse masse pouvant être le rein plosé, il faut chercher si l'on a bien affaire à cet organe ou au cæcum. En présence de tout rein mobile dont les douleurs ne revêtent pas une allure normale, il faut rechercher s'il y a participation de l'appendice. Du reste, Mathieu et Glénard estiment que plusieurs des symptômes ordinairement attribués au rein mobile sont le fait d'une appendicite chronique concomitante.

Forme lithiasique. — Cette forme est moins fréquente : elle est caractérisée par des douleurs haut situées dans la fosse iliaque droite, irradiant dans la région lombaire et présentant des paroxysmes comparables à ceux de l'expulsion de calculs. Walther cite le cas d'un professeur de Faculté pris d'abord pour un lithiasique et qui n'était qu'un appendiculaire. La confusion est d'autant

plus facile que, nous l'avons vu, les douleurs appendiculaires sont souvent exacerbées par le voyage en chemin de fer, en voiture, en auto. La radiographie, utile pour confirmer le diagnostic, peut aussi devenir une cause d'erreur, ainsi que nous le verrons plus loin.

Cette forme est liée à des adhérences : une petite adhérence en arrière, vers l'uretère, peut donner la douleur des calculs et même le point de Pasteau.

Forme à rétention d'urine. — Walther a signalé le cas d'un médecin présentant une rétention d'urine que l'on avait attribuée à un début de tabes. L'examen complet du malade permit à Walther de reconnaître chez ce confrère une appendicite chronique ; l'appendicectomie fut pratiquée par lui et lui donna raison ; elle mit fin à la rétention d'urine.

FORMES NERVEUSES

La prédominance de tel ou tel trouble nerveux sur tous les autres symptômes appendiculaires a pu faire décrire une foule de formes nerveuses sur lesquelles nous n'insisterons pas :

1^o **La forme céphalalgique ;**

2^o **La forme hémisudative (Moty) ;**

3^o **La forme à tics douloureux de la face (Toussaint) ;**

4^o **La forme à poussées névritiques de Raymond et Guilain ;**

5^o **La forme pseudo-paralytique (Courtellement et Gilbert Ballet)** caractérisée par des douleurs dans le membre inférieur droit avec impotence fonctionnelle et même atrophie musculaire et diminution du réflexe rotulien. Dans un cas, Courtellement vit la paralysie guérir quinze mois après l'ablation d'un gros appendice adhérent au nerf-crural ;

6° **La forme pseudo-méningitique**, dont Broca a cité un exemple intéressant. Sans entrer dans des descriptions cliniques d'une forme si rare, nous empruntons à Pied l'observation suivante :

OBSERVATION XV (Pied)

Petite fille de sept ans, que nous avons suivie depuis sa toute petite enfance. Elle avait eu, à l'âge de deux ans, une broncho-pneumonie grip-pale, une rougeole discrète trois ans plus tard, et de ces deux affections avait conservé une adénopathie trachéo-bronchique très marquée.

En juillet 1908 elle présenta des troubles digestifs vagues, accompagnés de maux de tête et de constipation, sans fièvre, qui résistèrent longtemps au repos et à l'hygiène alimentaire la plus sévère. A l'automne 1909, l'enfant commença à perdre l'appétit, à maigrir, à se déclarer de suite fatiguée ; puis apparurent des vomissements spontanés, faciles, sans effort, survenant après le premier déjeuner du matin et dans l'après-midi. L'examen de l'enfant permettait d'apprécier sa maigreur, étendue au ventre nettement excavé. Le pouls ralenti battait 50 à 60 par minute, avec des intermittences fréquentes, marquées d'extrasystoles perceptibles à l'auscultation. Les pupilles étaient irrégulières et inégales, les réflexes pupillaires paresseux. La température centrale peu élevée, 37°8, 38 degrés. L'enfant se plaignait continuellement de la tête.

L'ensemble de ces phénomènes était d'autant plus impressionnant qu'un des frères de la petite malade était mort de méningite tuberculeuse six années auparavant.

Poursuivant un examen complet, nous trouvâmes une défense musculaire profonde très nettement limitée à la fosse iliaque droite, accompagnée d'une douleur légère à la pression dans la région de Mac Burney.

Dès lors, nous fûmes convaincu que nous avions affaire à une appendicite chronique à symptômes nerveux. L'avenir nous donna raison. Sous l'influence du traitement classique, les symptômes s'amendèrent, mais ne disparurent qu'après l'ablation de l'appendice, pratiquée en janvier 1910.

L'appendice, farci de foyers hémorragiques, était, histologiquement, fort malade. L'enfant va, depuis, parfaitement bien.

7° **Forme neurasthénique**. — Beaucoup plus fréquente que les précédentes ; l'observation suivante du même auteur que la précédente en donnera une idée :

OBSERVATION XVI (Pied)

Jeune fille de vingt et un ans qui, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, a été bien portante. Elle a commencé, il y a trois ans, à perdre le sommeil et l'appétit, progressivement, sans cause apparente. En même temps son caractère s'est aigri au point qu'elle a renoncé aux distractions habituelles à son âge et à sa condition et en est arrivée même à ne plus supporter sa famille. La marche devint pour elle des plus pénibles : elle ne pouvait pas faire 100 mètres sans se plaindre d'une vive douleur siégeant à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Lorsque nous la vîmes, le 24 octobre 1911, elle avait épuisé le cycle des cures usitées en pareil cas, régimes, cure de repos, hydrothérapie, calmants du système nerveux, sans l'ombre d'un résultat. En comparant son aspect extérieur à celui des photographies faites trois ans auparavant, on pouvait se convaincre de la déchéance profonde qui avait atteint cet organisme autrefois vigoureux. Le visage était émacié et contracté, le teint grisâtre. On trouvait à l'auscultation, dans la fosse sous-épineuse gauche, un foyer où la submatité s'accompagnait d'une diminution très marquée du murmure vésiculaire. Le foie débordait légèrement les fausses côtes ; l'exploration de l'abdomen ne décelait nulle part la résistance musculaire ; à travers la paroi amaigrie on sentait nettement la corde colique. L'examen le plus attentif ne permettait de trouver aucun point douloureux à la pression sur la colonne vertébrale qui ne présentait aucune espèce de déformation. Le toucher rectal permit de résoudre le problème. La paroi droite du pelvis était oedématiée, légèrement douloureuse à la pression, alors que le toucher ne décelait ni gonflement, ni douleur à gauche. Près du ligament large droit qui semblait épaissi, on trouvait un cordon très douloureux à la pression, qui ne pouvait être que l'appendice.

L'opération pratiquée le 12 novembre permit d'enlever un appendice pelvien présentant des altérations nombreuses (foyers hémorragiques, cicatrices).

Le retour à la santé fut des plus rapides. Quinze jours après l'intervention, l'appétit et le sommeil étaient revenus, les selles s'étaient régularisées, les phénomènes nerveux, pulmonaires et la névralgie coccygienne avaient disparu. Aujourd'hui, après deux mois, la jeune malade a repris 3 kilogrammes de poids et sa vie normale, elle a retrouvé son entrain et sa gaieté.

FORMES ANORMALES

Forme herniaire

Cette forme présente les symptômes habituels de l'appendicite chronique, mais il y a coexistence de ces symptômes et d'une hernie droite généralement grosse, tendue, douloureuse. Cette forme a fait l'objet d'une étude dans la thèse de Jacquemin.

Forme coxalgique

Si paradoxal que cela puisse paraître, il existe une forme coxalgique de l'appendicite chronique ; elle est généralement en rapport avec un appendice rétro-cæcal dont l'inflammation irrite les nerfs émanés des plexus lombaires. Les deux cas suivants, que notre excellent ami Stern a eu l'obligeance de nous communiquer, sont à cet égard suffisamment démonstratifs ; nous l'en remercions ici.

OBSERVATION XVII (Stern)

Infirmière d'un service de médecine infantile d'un hôpital de Paris. Depuis plusieurs mois, cette infirmière était soignée par un médecin des hôpitaux, dont tout le monde apprécie les grandes qualités cliniques, pour une coxalgie droite.

Douleurs dans la région coxale, limitation des mouvements de la hanche dans le sens de l'extension par la douleur.

Claudication. Pas de contracture ni de douleur à la pression.

On envoie la malade en chirurgie pour la faire plâtrer. Là elle est vue par notre ami Stern qui fait le diagnostic d'appendicite chronique.

On pratique l'appendicectomie ; on trouve un appendice rétro-cæcal adhérent par son méso au cæcum.

Guérison des symptômes pseudo-coxalgiques.

OBSERVATION XVIII (Stern)

Jeune homme de dix-huit ans, soigné par un chef de clinique de la Faculté pour une coxalgie : douleur le long de la hanche et surtout à la partie supéro-interne de la fesse droite.

Claudication. Pas de contracture ni de douleur à la pression.

Stern diagnostique une appendicite chronique.

Le malade est opéré à la Maison Dubois ; on trouve un appendice rétro-cæcal adhérent. La claudication et les douleurs cessent.

Forme pseudo-néoplasique.

Potherat a cité le cas d'un homme de quarante-trois ans qui était venu consulter avec des douleurs abdominales généralisées, des vomissements presque incoercibles et un état de cachexie très avancé sans aucune localisation possible.

Il l'opéra et constata de grosses lésions d'appendicite chronique. L'appendicectomie guérit ce malade.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'appendicite chronique : une affaire de clinique impossible à résumer en quelques formules. Nous en avons vu tous les éléments en étudiant les formes de cette affection ; nous avons vu qu'elle pouvait tour à tour simuler l'entérite, l'ulcère d'estomac, une salpingo-ovarite, la tuberculose pulmonaire, le rein mobile, le neurasthénie, la coxalgie même. Toutes ces erreurs de diagnostic, beaucoup d'autres encore, ont été commises non pas il y a vingt ans, ni même il y a dix ans au moment où l'on commençait à parler d'appendicite chronique, mais ces dernières années, tous les jours, et ceux qui les ont commises sont des maîtres.

Dans ces conditions, on nous permettra de ne pas poser ici un diagnostic schématique qui ne correspondrait en rien à la réalité des faits. Nous avons discuté déjà la valeur séméiologique de plusieurs signes, nous allons voir à quelles erreurs ces symptômes peuvent nous exposer, sans redire à propos de chacun cette vérité dont il faut bien se pénétrer tout d'abord :

Faire le diagnostic d'appendicite chronique sur un seul signe, fût-ce une douleur provoquée, fixe et constante au point de Mac Burney, serait une imprudence, et prouverait que l'on ne connaît rien de l'appendicite chronique. Il faut, pour la reconnaître, tout un ensemble symptomatique, ensemble impossible à schématiser comme l'on a pu schématiser le trépied de la méningite tuberculeuse, ensemble instable, car aucun symptôme ne peut être donné comme constant dans l'appendicite chronique, même pas la douleur provoquée (nous avons indiqué deux exemples d'absence de ce signe) et, d'autre part, l'importance de chacun des symptômes dans cet ensemble varie énormément suivant les cas. Le diagnostic

d'appendicite chronique ne peut pas être un diagnostic de rebouteur, il demande une connaissance sérieuse de cette question.

Ceux-là seuls qui ne la connaissent pas pourront s'étonner de ne pas rencontrer ici des cadres et des formules faciles à appliquer comme des calques sur les cas et les malades à examiner. Nous le regrettons nous-même, mais la faute en est à ce qu'il y a de flottant dans la séméiologie de l'appendicite chronique.

Et cependant, malgré tout cela, nous tenons à dire que ce diagnostic, impossible à réduire en formules, non seulement peut être fait, mais doit être fait avec presque autant de certitude que la plupart des diagnostics considérés comme faciles. Les causes d'erreur que nous signalions existent, l'erreur est ici plus excusable que dans beaucoup d'autres affections, mais elle doit aussi, si elle est plus variée, si elle choque plus à prime abord nos connaissances (l'erreur avec une coxalgie par exemple), être aussi beaucoup plus rare que les erreurs de gynécologie. En un mot, l'on diagnostique avec beaucoup moins de chances d'erreur une appendicite chronique qu'un fibrome ou un kyste de l'ovaire, mais les erreurs plus rares portent sur un plus grand nombre d'affections et semblent plus déconcertantes.

DISCUSSION DES SYMPTÔMES

La douleur. — Nous avons vu quels caractères devait présenter la douleur pour avoir quelque valeur : douleur provoquée, profonde, précise, limitée, fixe, constante, au point de Mac Burney ou en un autre des points décrits (Lanz, Morris, Munro, etc.), persistant sous forme d'endolorissement après cessation de la pression, provoquable par une pression large et profonde exercée à distance et distendant le cæcum en y refoulant les gaz intestinaux. Tous ces éléments ont leur importance, la douleur de l'appendicite chronique doit présenter tous ces caractères.

La principale cause d'erreur dans l'appréciation de la douleur vient de la localisation : de la localisation de la douleur spontanée d'abord ; nous avons déjà dit que cette localisation n'a aucune

valeur, mais elle peut par son siège anormal troubler l'esprit du médecin, l'orienter sur une fausse piste, et, si celui-ci néglige de rechercher la localisation de la douleur provoquée, il s'expose à de grosses et fréquentes erreurs. Les irradiations de la douleur spontanée ou même provoquée peuvent également tromper les cliniciens; elles ont parfois une intensité telle qu'on les confond avec le siège principal. Il en est surtout ainsi de la douleur irradiée dans l'épigastre; nous savons que cette irradiation est extrêmement fréquente et qu'elle est souvent très intense. C'est par le fait d'irradiations douloureuses atteignant l'acuité de la douleur au siège principal, que l'on explique les confusions possibles avec les salpingo-ovarites, les ulcères d'estomac, les reins mobiles, etc.

Loeper et Esmonnet divisent l'abdomen en une série de zones de sensibilité correspondant aux diverses chaînes sympathiques; les points les plus importants sont :

1° Le point épigastrique;

2° Le point mésentérique supérieur, qui correspond assez exactement au point de Morris ou même est un peu plus interne que lui: dans le tiers interne de la ligne spino-ombilicale; il correspond à l'intestin grêle et à la moitié droite du côlon;

3° Le point mésentérique inférieur qui se trouve à 3 ou 4 centimètres de la ligne médiane, à 3 ou 4 centimètres au-dessous de l'ombilic; il correspond à la moitié gauche du côlon;

4° La région du plexus solaire, qui correspond à l'ombilic et à la région péri-ombilicale;

5° Le point aortique entre les points mésentériques et le promontoire, révélé seulement par une pression profonde,

6° Deux points iliaques symétriques à 3 ou 4 centimètres en bas et en dehors du précédent, à une distance de l'ombilic et du pli inguinal; il correspond aux artères iliaques primitives.

Ces divers points sont en rapport avec les organes profonds et traduisent des algies dont les causes sont multiples.

Nous ne voudrions pas cependant accorder à des localisations aussi précises une valeur absolue, mais ces localisations peuvent rendre dans certains cas quelques services; il nous a surtout paru utile de les indiquer ici pour montrer comment, dans une région extrêmement restreinte de l'abdomen, pouvaient se réfléchir les

douleurs venues d'organes très différents, et par conséquent combien en matière de localisation de douleurs dans cette région ombilico-iliaque droite, on devait se montrer prudent dans les interprétations. Et quand cette conclusion serait la seule que l'on puisse tirer des recherches de Loeper et Esmonnet, leur travail ne serait pas inutile et aurait, sous son apparence théorique, abouti à un heureux résultat pratique.

Nous disions tout à l'heure qu'il était souvent difficile de distinguer le siège principal de la douleur de certaines irradiations ; un examen très soigneux des modalités de la douleur renseignera cependant le clinicien ; il est, de plus, une manœuvre facile qui pourra rendre des services : dans les cas embarrassants, il faut appuyer la pulpe du doigt sur l'endroit le plus sensible de l'abdomen (le point de Mac Burney par exemple), et tout en continuant cette pression aussi énergique que possible, on procède avec l'autre main à l'examen de la sensibilité du reste de l'abdomen. Si la pression profonde au point de Mac Burney ou en un point similaire rend la pression pratiquée ailleurs moins douloureuse, c'est que ce point de Mac Burney (ou autre) est bien le siège principal de la douleur.

Douleurs dans les salpingo-ovarites. — Beaucoup d'erreurs de diagnostic ont été commises, qui ont eu pour cause, à l'époque où l'on ne connaissait pas l'appendicite chronique, la confusion de la douleur des salpingo-ovarites avec celles des appendicites chroniques. Richelot disait en mai 1907 à la tribune de l'Académie de Médecine : « J'ai la certitude que l'appendicite dans ses formes chroniques et larvées a été la cause innocente de bien des excisions d'ovaires... A coup sûr, bien des ovarites ou péri-ovarites, bien des petites lésions génitales ont usurpé dans la chirurgie gynécologique opératoire des années 1887 à 1895, peut-être même au delà, une place qui revenait à l'appendicite chronique. » Ces malheureuses femmes qui portent sur leur abdomen une large incision médiane (les petites incisions n'étaient guère pratiquées à cette époque) et continuent à souffrir de leur appendice en y ajoutant les troubles qui parfois suivent leur double ovariectomie, ce sont les vraies « balafrees de Châtel-Guyon ».

Cherchons donc à trouver dans la modalité de la douleur un élément du diagnostic entre ces deux affections : dans les salpingo-ovarites, les douleurs sont plus étendues, moins fixes que dans l'appendicite. La douleur provoquée par le toucher vaginal diffuse dans tout le bassin, ce qui ne se rencontre pas dans l'appendicite. La douleur épigastrique, ou plutôt l'irradiation dans la région épigastrique, peut exister comme dans l'appendicite chronique, mais elle n'est pas provoquée par la pression du siège principal iliaque de la douleur. Remarquons d'ailleurs que ce caractère est éminemment un caractère pratique : théoriquement, le plexus ovarique dépendant du plexus solaire, on devrait pouvoir provoquer la douleur épigastrique en appuyant sur la zone annexielle ; pratiquement il n'en est rien.

L'influence des règles enfin est importante. Delagénière attribue à une origine appendiculaire les douleurs du début des menstrues ou les douleurs qui les précèdent ; à une origine ovarienne les douleurs apparaissent à la fin des menstrues. Enfin la non-modification des caractères du sang menstruel est en faveur de l'appendicite chronique.

Douleur d'origine uretéro-rénale. — On peut, dans certains cas, hésiter entre une appendicite chronique ou une affection des voies urinaires : rein mobile, colique néphrétique, pyélo-néphrite. Nous avons vu que dans certains cas d'appendicite s'accompagnant d'adhérences en arrière, vers l'uretère, les douleurs de l'appendicite pouvaient revêtir absolument le caractère des douleurs d'une colique néphrétique. Ces cas sont rares. Nous verrons plus tard que la radiographie, qui dans les cas douteux, doit nous venir en aide, peut achever de nous induire en erreur. L'on conçoit d'autant mieux cette erreur que l'un des points douloureux de l'appendicite chronique (point de Lanz) coïncide avec l'un des points urétéraux (point de Tourneux). L'influence des secousses peut être la même dans les deux cas. Avec le rein mobile, l'erreur est d'autant plus facile que dans certains cas de spasme cæcal, il y a irradiation vers la région lombaire. Nous verrons tout à l'heure que la palpation de l'abdomen peut achever l'erreur. La douleur peut donc dans certains cas tromper le médecin, car, si, dans la

plupart des cas, les caractères de la douleur sont très différents dans les affections urétéro-rénales et dans l'appendicite chronique, il en existe aussi d'autres à manifestations anormales où l'on ne peut pas trouver dans les modalités de la douleur de caractères différentiels, et nous devons redire ce que nous énoncions au début de ce chapitre : un symptôme seul, fût-ce la douleur envisagée dans ses moindres détails, ne peut pas faire faire le diagnostic d'appendicite chronique.

Douleur dans les affections hépatiques. — Faut-il redire les caractères différentiels de la douleur dans les affections hépatiques et dans l'appendicite chronique ? Tout le monde les connaît ; mais il en est des affections hépatiques comme des affections rénales, avec cette différence toutefois que les irradiations de la douleur appendiculaire vers le rebord costal inférieur sont rares, et ; quand elles existent, rarement intenses.

Douleur dans les affections gastriques. — Nous avons vu, par un cas de Gaston Lyon et Souligoux, combien l'on peut confondre facilement chez certains malades une douleur épigastrique due à la traction exercée sur l'estomac par une adhérence épiploïque dans l'appendicite chronique avec une douleur d'ulcus.

La coexistence fréquente des deux affections rend encore plus difficile l'appréciation de la cause de la douleur épigastrique : appendicite ? ulcère ? coexistence des deux ?

Mais il faut remarquer que même dans les cas d'appendicite où la douleur épigastrique n'est pas une simple irradiation de la douleur iliaque, dans les cas où, comme dans celui de Lyon et Souligoux, la douleur épigastrique est causée par une lésion réelle de cette région, on peut, par un examen rigoureux de celle-ci, par la recherche et la provocation de la douleur fixe, constante, limitée, profonde dans la fosse iliaque en l'un des points appendiculaires, déceler les lésions du vermium.

Dans certains cas d'estomac dilaté, le pylore peut descendre très bas, il peut siéger dans la région normalement habitée par l'appendice ; dans ces cas, une douleur pylorique peut être prise pour une douleur appendiculaire ; cependant Leven indique un

caractère différentiel : il suffit de relever le bord inférieur de l'estomac pour faire cesser cette douleur-signal de l'estomac dilaté. D'ailleurs, les autres symptômes de ces grosses dilatations, la radiographie de l'abdomen que l'on doit toujours pratiquer en ce cas, montreront le siège anormal du pylore et expliqueront ces douleurs iliaques.

Autres causes de douleurs. — Mathieu a publié l'observation d'un malade chez qui la pression sur un **tubercule sous-cutané** douloureux de la fosse iliaque droite avait fait songer à une appendicite. Les irradiations de la douleur appendiculaire peuvent orienter un instant notre esprit vers l'idée de **névralgies intercostales, iléo-lombaires, rénales**. Cette idée ne saurait survivre à un examen minutieux, qui révélerait le siège principal de la douleur non plus spontanée, mais provoquée.

Beaucoup plus difficile est le diagnostic de la douleur appendiculaire et de celle due à des **adhérences post-opératoires**, en particulier après une intervention portant sur les annexes droites. On doit toujours, chez une opérée ancienne qui souffre de la région où a porté le bistouri, penser à la possibilité d'adhérences. Mais, si ces douleurs siègent dans la fosse iliaque droite, l'on devra s'enquérir si, au cours de l'opération, l'appendice a été enlevé, et, au cas où il existerait encore, rechercher les symptômes fonctionnels, autres que la douleur, de l'appendicite chronique.

La douleur peut également faire croire à une appendicite, alors qu'il n'existe qu'une **simple péri-colite** sans appendicite ; Crossen en a cité 3 cas, mais ce sont des exceptions : la péri-colite vélamenteuse suppose presque constamment des lésions chroniques de l'appendice.

Syndromes gastriques de l'appendicite chronique

Nous avons vu que l'on peut rencontrer dans l'appendicite chronique, soit un véritable ensemble symptomatique d'*atonie gastrique*, soit l'ensemble opposé, celui qui correspond généralement à une *gastrite hypertonique*, quelles que soient la cause et la forme de la

lésion gastrique : *simple hyperchlorhydrie paroxystique, hypertonie simple de l'estomac*, mais beaucoup plus souvent *ulcère d'estomac* (nous n'entendons préjuger en rien ici des rapports de ces diverses affections). Huchard a cité des cas où une appendicite chronique a pu être étiquetée hyperchlorhydrie paroxystique. Les erreurs attribuant à un ulcus des symptômes causés par l'appendice chroniquement enflammé sont beaucoup moins rares. Évidemment, l'appendicite chronique peut réaliser cet ensemble symptomatique : douleurs épigastriques, vomissements, hématomésos et même à l'écran radiographique contracture du pylore : mais une série de symptômes propres à l'appendicite chronique accompagnent les signes gastriques, on doit les rechercher toujours en présence d'une symptomatologie gastrique, quelle qu'elle soit. On évitera ainsi bien des erreurs.

Syndromes hépatiques

Il en est de même de l'interprétation d'une série de syndromes hépatiques : *cholémie familiale, angiocholite chronique, ictères à répétition* ; l'appendicite chronique peut donner toutes ces manifestations ; on devra donc toujours, lorsqu'on les rencontre, chercher si l'appendice n'est pas en cause. L'analyse minutieuse de l'ensemble de la symptomatologie peut seule nous permettre un diagnostic différentiel.

Examen direct de l'abdomen

Nous avons vu que la palpation de l'abdomen pouvait faire prendre pour l'appendice la *contracture de certaines fibres musculaires de la paroi abdominale, le bord externe de la gaine du droit, un épaissement du bord interne du cæcum, une frange épiploïque adhérente, le bord antérieur du psoas, des ganglions abdominaux*. Il faut donc être très prudent quand on croit sentir l'appendice rouler sous le doigt, et se méfier de tant de causes d'erreur. Remarquons d'ailleurs que l'une d'entre elles n'a aucune importance :

la palpation d'une frange épiploïque adhérente, celle-ci témoignant d'une inflammation chronique de l'épiploon et par là l'existence même d'une appendicite chronique.

La palpation peut également faire sentir une masse iliaque plus volumineuse, et là encore plusieurs erreurs sont possibles. Nous avons vu dernièrement plusieurs chirurgiens prendre pour un empatement caecal un plastron de *péritonite tuberculeuse*. L'opération montra l'erreur. D'autres fois, au contraire, la masse caecale existe bien, elle est perçue, mais attribuée à une autre cause que la typhlite chronique ; on pense parfois, en raison de son volume, de sa dureté, de sa fixité et de l'amaigrissement du malade à un *cancer du caecum*. Bosc en a signalé un cas où l'erreur était nécessaire. Les irradiations dans la région lombaire, l'influence des mobilisations brusques sur l'élément douleur pouvant faire prendre ce caecum pour un *ren mobile*. Tous ces diagnostics, habituellement extrêmement faciles, peuvent être impossibles à faire dans certaines formes.

Symptômes généraux et symptômes pulmonaires

Nous ne voulons pas répéter ici tout ce que nous avons eu l'occasion de dire au sujet de la forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite chronique. Cette forme n'est connue que depuis un très petit nombre d'années (trois ans environ) ; auparavant, les malades qui rentraient dans cette catégorie étaient étiquetés : tuberculose pulmonaire au début. Sergent, dans les cas difficiles, préconise les réactions à la tuberculine (ophtalmo-réaction, cuti-réaction, etc.) et la radioscopie thoracique et abdominale. Pour Sabourin et Bialokur, les réactions à la tuberculine seraient d'ailleurs sans intérêt, car la forme pseudo-tuberculeuse de l'appendicite chronique correspondrait à l'exacerbation sous l'influence d'une inflammation appendiculaire de lésions bacillaires très atténuées ; c'est ainsi que la suppression chirurgicale de l'appendice enflammé amènerait le retour au silence des lésions pulmonaires.

Radiographie

Nous avons fait appel à la radiographie pour diagnostiquer certains cas d'appendicite chronique d'avec certaines lithiases rénales. Il ne faut pas cependant attribuer à la radiographie une valeur constante et absolue : Rowan et Wells ont montré que l'on pouvait confondre radiographiquement des calculs appendiculaires avec *des calculs de l'uretère*. Brown, Engelbach et Carman ont publié six observations avec radiographies où un calcul appendiculaire contenu dans un appendice adhérent à l'uretère avait été pris pour un calcul urétéral. Parfois le diagnostic est d'autant plus difficile qu'il y a coexistence des lésions de l'appendice et de l'uretère. Bécélère a vu un calcul pariétal du cæcum qui ne pouvait être pris que pour un calcul de l'uretère. La mobilité de l'image radiographique serait pour Brown, Engelbach et Carman un bon élément de diagnostic en faveur d'un calcul appendiculaire.

Coexistence avec d'autres affections

Chez des malades porteurs d'autres affections, celles ci peuvent attirer davantage l'attention que l'appendicite coexistante et faire attribuer tous les troubles appendiculaires à ces lésions d'autres organes. C'est ainsi que Guinard a cité les erreurs de diagnostic commise avec un *fibrome*, un *kyste de l'ovaire*, des *ovaires scléro-kystiques*, un *prolapsus de l'utérus*, une *métrite*, une *rétroversion utérine*, un *début de grossesse*. Il faut analyser les symptômes : un fibrome, un kyste de l'ovaire ne sont pas douloureux, un prolapsus ne l'est pas à proprement parler. Si ces affections sont douloureuses chez certaines femmes, il faut chercher ailleurs la cause de la douleur, interroger l'appendice. Les ovaires scléro-kystiques, les métrites, les rétroversions ne s'accompagnent pas de troubles gastro-intestinaux, par plus que les affections précédentes ; l'existence de ces symptômes doit donc éveiller notre attention et nous inciter à chercher une autre cause à ces troubles. Pour le début de grossesse, le diagnostic est beaucoup plus difficile. A dire vrai, si l'on n'admet pas, avec Pinard, que les vomissements répétés

dans un début de grossesse douloureuse sont le fait d'une lésion de l'appendice, il sera bien difficile de se prononcer. Seule l'existence d'une douleur provoquée en un point qui ne coïncide *sûrement* pas avec une cause utérine pourra nous guider. Mais est-ce suffisant?

Telles sont les erreurs les plus fréquentes auxquelles peut nous exposer l'interprétation des symptômes autres que les symptômes intestinaux. A ceux-ci il convient de faire une place à part : si, en effet, les erreurs dont nous avons parlé sont l'apanage de formes ou de manifestations anormales de l'appendicite chronique, s'il est, en somme, facile à ne pas localiser hors de l'intestin dans les cas normaux la cause des symptômes de l'appendicite chronique; nous allons maintenant aborder le problème le plus délicat : rattacher à l'appendice ou à un autre segment du tube intestinal une série de symptômes intestinaux.

L'INTESTIN ÉTANT LA CAUSE DES SYMPTÔMES, QUELLE EST LA RÉGION
MALADE ET QUELLES EN SONT LES LÉSIONS ?

C'est là le seul problème courant qui se pose pour le diagnostic de l'appendicite chronique. Et si, au cours de ces pages qui vont suivre, nous devons faire une place à une série d'états pathologiques : atonie cæcale, ptose cæcale, etc. ; en réalité dans la pratique, il est une question qui domine toutes les autres : voici un malade qui présente un ensemble de symptômes accusant une inflammation chronique du gros intestin, souffre-t-il d'une entéro-colite ? d'une appendicite chronique ? de ces deux affections à la fois ? C'est la seule question qui nous importe.

Appendicite et entéro-colite. — Dieulafoy a posé la question le 29 mai 1906 à l'Académie de Médecine. Dans cette communication, l'une des plus retentissantes de ces dix dernières années, Dieulafoy venait affirmer que journellement de nombreuses erreurs de diagnostic étaient commises : on confondait appendicite chronique et typhlocolite. De la déclaration du maître, deux faits essen-

tiels étaient à retenir : 1° un seul symptôme permettait de distinguer les deux affections : la présence du pus enrobant les selles, de mucus ou de sable dans celles-ci est la signature de la typhlocolite ; 2° l'appendicite complique exceptionnellement la typhlocolite. Et partant de cette double vérité, Dieulafoy refusa l'idée d'intervention chez tout malade présentant du muco-pus dans ses selles.

La conclusion de cette communication célèbre était la suivante : « Les erreurs de diagnostic et les erreurs opératoires que je viens de signaler ne sont pas connues du public, mais le public s'inquiète et se dit que l'appendicite doit être une maladie singulièrement fréquente à en juger par toutes les personnes qui sont opérées. Il ignore, le public, que bon nombre de ces personnes n'ont pas d'appendicite ; j'espère qu'à l'avenir il sera moins ignorant ». Ainsi cette déclaration, publiée et commentée le lendemain par tous les journaux quotidiens, était destinée moins au corps médical qu'au public ! Après Dieulafoy, nombre de chirurgiens, de médecins, d'histologistes intervinrent dans le débat : nous avons vu que Cornil déclara à ce moment que, même l'appendice en mains, il ne pouvait pas macroscopiquement dire si celui-ci était sain. Le Dentu transporta le même argument dans le domaine de la clinique ; Péraire communiqua quelques jours plus tard à la Société anatomique un appendice très adhérent au cæcum enlevé à un malade chez qui Dieulafoy avait diagnostiqué quelques jours avant : entérocolite *sans* appendicite. Cette entéro-colite guérit par l'appendicectomie. Richelot cita à la tribune de l'Académie de Médecine des cas de malades chez qui l'appendicectomie guérit les symptômes entéro-colitiques. Reclus cita des observations personnelles, des observations de Jalaguier, de Guinard, de J.-L. Faure, de Delbet, de Bazy, des observations de malades chez qui Dieulafoy avait conclu à des poussées fébriles de typhlocolite, alors qu'il y avait de petits abcès appendiculaires. J.-L. Faure vint montrer qu'en croyant à l'isolement complet de la typhlocolite et de l'appendicite, on en vient à nier l'appendicite chronique, sous prétexte que ces mêmes malades ont des symptômes d'entéro-colite ; on les met, ces malades, au traitement médical, les traitements médicaux sont vains et la guérison ne survient qu'après l'opération chirurgicale, mais en attendant on a perdu du temps, on a fait courir des risques

à son malade. Il importe donc de ne pas nier l'appendicite par principe chez tout entéro-colitique.

D'autre part Mathieu, juge d'autant plus impartial qu'il ne croit qu'assez rarement à l'appendicite chronique, prétend que la coexistence des deux affections est fréquente, et que l'appendicectomie est nécessaire dans ces cas pour guérir les malades. Mais il reconnaît aussi la très grande difficulté du diagnostic de la participation de l'appendice dans les troubles typhlocolitiques de beaucoup de malades. L'examen physique ne saurait suffire ; nous avons publié plusieurs observations où cet examen physique n'avait rien révélé du côté de la fosse iliaque droite. C'est l'échec de tous les traitements médicaux qui, en dernier ressort, jugera la question dans ces cas où l'examen physique est resté négatif. L'on devra aussi recourir à la radiographie, mais savoir ne lui demander que les réponses qu'elle peut donner ; nous ne reviendrons pas sur cette question que nous avons traitée à l'étude des symptômes. Donc trois éléments doivent entrer en ligne de compte pour nous permettre de diagnostiquer l'existence d'une appendicite chez les typhlocolitiques : *l'examen de la fosse iliaque droite*, et, en particulier, la reconnaissance à ce niveau d'une douleur provoquée fixe, limitée, constante, profonde (mais ceci ne suffit pas et cette douleur peut manquer), *la radiographie* (moyen très infidèle), *l'échec de tous les moyens médicaux*. Peut-être aussi pourrait-on trouver dans la persistance constante ou presque d'une légère élévation de température un élément de diagnostic en faveur de l'appendicite chronique.

Appendicite et spasme colique. — A côté de la typhlocolite, il faut faire une place au spasme colique sans lésion inflammatoire ; le spasme existe exceptionnellement en dehors de toute inflammation, mais il existe. Harwkings et Stacey Wilson ont insisté sur son diagnostic avec l'appendicite : à la palpation, cette contracture tonique exagérée de la couche musculaire du côlon, se révèle sous la forme d'un côlon très dur, bosselé, comme par des scyballes, du diamètre du petit doigt, d'une dureté ligueuse. La pression un peu prolongée fait disparaître cette bosselure sous le doigt. Elle provoque des douleurs dans le segment cutané corres-

pendant au segment médullaire qui reçoit les sensations douloureuses du côlon. Mais, plus qu'aucun autre élément de diagnostic, l'action de la belladone est utile : c'est le traitement par excellence de ce spasme : la curabilité absolue des troubles coliques par la belladone doit faire exclure dans ces cas l'idée d'une appendicite chronique.

Appendicite et typhlite vraie. — Sick a cité un cas de typhlite vraie sans appendicite ; Lejars un cas de typhlite et pérityphlite sans appendicite. Gordes deux cas dont un seul nous intéresse ; il évolua sous la forme d'une appendicite chronique à rechutes : cette jeune fille qui présentait de la constipation, des troubles dyspeptiques et une douleur fixe au point de Mac Burney avait un appendice sain, mais sur la paroi cæcale un placard induré, gros comme un petit œuf de poule, recouvert d'un exsudat fibrineux. L'examen histologique montra une nécrose de la muqueuse avec inflammation subaiguë de toute la paroi cæcale sous-jacente. En réalité, ces cas sont des exceptions et le diagnostic en est impossible.

Appendicite et typhlatonie. — Pour Fischler, presque tous les symptômes habituellement attribués à l'appendicite chronique seraient la conséquence non d'une inflammation chronique du cæcum, mais d'une atonie cæcale.

Les symptômes de cette typhlatonie seraient pour Fischler et pour Hochenegg, les suivants : il n'y aurait aucune crise abdominale aiguë, fébrile, mais une série de petites crissettes ; la douleur iliaque serait plus ou moins vive, parfois à caractères de coliques, revenant à intervalles plus ou moins rapprochés ; jamais cette douleur ne serait ni forte, ni pulsatile. Elle serait aussi moins limitée ; on pourrait la provoquer sous l'hypochondre droit et sous l'ombilic, elle ne pourrait pas être provoquée par le toucher rectal. La palpation révèle une sensibilité très vive mais sans défense ; elle produit du gargouillement, fait percevoir une tumeur molle, élastique, comme un coussin d'air, pouvant être diminuée par une pression progressive. En dehors des crises, il existe des douleurs très légères, éveillées à la pression, plus haut situées et plus

externes que le bord externe du cæcum. La palpation ne révèle rien en dehors des crises. Les matières sont toujours modifiées : le plus souvent, il y a de la constipation, avec diarrhées brusques au moment des douleurs, selles très fétides renfermant des muco-membranes. Même dans l'intervalle des crises, la fin des selles serait diarrhéique et fétide. Cette typhlatoxie guérirait par un traitement diététique. Ici encore, comme dans l'entérocolite, il y a du mucus dans les selles. Il faudra commencer par un régime médical et son échec sera une indication formelle d'intervenir chirurgicalement.

Appendicite et cæcum mobile. — Klose, Wilms, Stierlin créent sous le nom de cæcum mobile un syndrome analogue : ils auraient constaté souvent la persistance, après l'appendicectomie des symptômes qui avaient poussé le chirurgien à pratiquer cette intervention et ils auraient dans ces cas constaté une extrême mobilité du cæcum : beaucoup de cas considérés comme des appendicites chroniques seraient en réalité pour eux des cas de cæcum mobile (un quart des cas pour Klose). En voici, d'après celui-ci, les symptômes : douleur localisée dans la fosse iliaque droite ou quelquefois généralisée à la région sous-ombilicale, apyrexie, constipation alternant avec des crises de diarrhée, gargouillement cæcal spontané, tumeur iliaque molle et disparaissant en gargouillant à la pression. Parfois se produirait une torsion de ce cæcum mobile : crises de coliques se reproduisant périodiquement d'abord à intervalles éloignés, puis de jour en jour, d'heure en heure en même temps, il se produirait de la constipation et de la flatulence. La scène se terminerait par l'émission de selles diarrhéiques fétides. La durée des crises varierait d'un quart d'heure à deux heures. Pendant cette durée, tout l'intestin est météorisé. Ces crises sont enrayées ou atténuées par le décubitus dorsal ou latéral. S'il n'y a pas d'adhérences, on perçoit au moment des crises une tumeur molle, du volume d'une petite pomme, élastique, mobilisable, s'évanouissant sans forte pression avec un gargouillement caractéristique. L'examen radiographique, surtout s'il est pratiqué en série, montre une dilatation et une ptose cæcale. L'examen des selles montre une quantité de mucus

plus ou moins grande et la présence de globules rouges non déformés (venant d'ulcerations cæcales).

Stierlin conclut de l'examen de 57 cas de cæcum mobile :

1° Dans 87 0/0 des cas, il y a des crises de coliques sans fièvre, laissant après elle une douleur dans l'épigastre ;

2° Dans 77 0/0 des cas, la constipation opiniâtre est coupée à la fin des crises de coliques par des débâcles diarrhéiques ;

3° Dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur arrondie, rénitente, mobile, gargouillante, légèrement sensible.

Il considère le diagnostic avec l'appendicite chronique comme très difficile et presque jamais fait. Sonnenburg réfute cette conception en montrant que la mobilité cæcale est chose normale et nécessaire, d'abord parce que le cæcum est obligé de modifier son volume en raison de la stase des matières à ce niveau, ensuite parce que le cæcum fixé par des adhérences est douloureux. D'autre part, au point de vue de la grossesse, il importe que le cæcum soit mobile pour suivre l'ascension du fond de l'utérus, sinon il se couderait. Donc, c'est la fixation et non la mobilité qui est l'état pathologique. D'ailleurs, ce n'est pas en raison des douleurs que l'on opère le plus souvent, mais pour éviter des crises aiguës graves et bien appendiculaires celles-là.

Du cæcum mobile de Klose, Wilms et Stierlin, il faut rapprocher la *ptose chronique du cæcum*, décrite en France par Lardennois et dont voici les manifestations : après quelque repas trop copieux ou indigeste, le malade éprouve une sensation de tension dans sa fosse iliaque droite, une gêne pesante, pénible, durant plusieurs minutes à un quart d'heure. Il se produit à ce moment des borborygmes iléo-cæcaux. Parfois il existe des crises un peu plus intenses, survenant sans cause souvent, dans la station debout ou assise, ou après un repas abondant, ou une promenade en voiture. Le malade ressent des douleurs pongitives de gêne, de distension, des tiraillements à siège mal défini, situés en général au-dessous du point de Mac Burney, parfois plus en dehors. Parfois la paroi souple, est soulevée à ce niveau. La pression peut exacerber la douleur en augmentant la distension, mais si, au contraire, on exerce une pression de bas en haut, on vide le cæcum et on diminue la douleur. Le décubitus latéral droit est pénible, le décubitus latéral

gauche et le décubitus ventral favorisent la déplétion cæcale et calment les douleurs. On constate une tumeur molle, fluctuante, comme une vessie remplie d'eau, jamais d'empatement, ni de défense musculaire. Il existe de l'hypéresthésie cutanée tactile, de l'hypoesthésie douloureuse. Cette tumeur est submate pendant la crise et gorgouillante.

Dans l'intervalle des crises, le malade se plaint de pesanteur dans la fosse iliaque droite, dans le bassin, de tiraillement dans la région lombaire, de douleur à la palpation de la fosse iliaque. Il y a de la constipation mais, avec, à la fin des selles, des débâcles diarrhéiques très fétides, des débris de mucus ; de temps en temps, il y a des crises de diarrhée vraie. L'état général serait mauvais : amaigrissement, affaiblissement intellectuel et physique, dépression nerveuse ; pas de fièvre ni d'accélération du pouls ; parfois il existe des vomissements réflexes provoqués par les crises douloureuses. Notons que pour Lardennois, le signe de Rovsing appartiendrait en propre à la ptose cæcale et ne révélerait les lésions appendiculaires que si elles sont associées à celle-ci. Comme moyen de diagnostic, il recommande de ne pas négliger l'insufflation et la radioscopie après injection de bouillie bismuthée.

Mosti a cité également trois cas de **coloptose** présentant les caractères cliniques de l'appendicite chronique. Le soulagement de la douleur et des autres symptômes quand le côlon est soutenu (par une ceinture sangle abdominale par exemple, ou simplement par une pression momentanée dirigée de bas en haut et d'avant en arrière) sera en faveur de la coloptose ; on devra pratiquer l'examen radioscopique couché et debout du malade.

On a signalé des cas d'**invagination iléo-cæcal chronique** qui pouvaient simuler l'appendicite ; si l'on en croit Jalaguier, l'erreur ne serait pas considérable, cette dernière affection étant presque la cause la plus fréquente de la première. On aurait vu aussi des **adénites pré ou latéro-cæcales** chroniques produire des symptômes semblables à ceux des altérations chroniques du vermium ; cette inflammation étant presque toujours la cause des adénites péri-cæcales, nous n'insisterons pas sur cette lésion, d'ailleurs cliniquement indistinguishable.

APPENDICITES SPÉCIFIQUES

Nous avons spécifié au début de ce travail que sous le nom d'appendicite chronique pure, nous ne voulions pas englober les appendicites spécifiques, quelle que soit l'infection causale. Tuberculose, syphilis, mycose, cancer. Le diagnostic entre les unes et les autres est extrêmement difficile ; le plus souvent on ne le fait pas cliniquement.

Dans l'**appendicite tuberculeuse** décrite par Petit, par Le Braz dans sa thèse et par Hérisson dans une revue générale, il y aurait souvent de la diarrhée, des rechutes fréquentes, de la fièvre, plus constante, plus élevée, un plus mauvais état général, que dans l'appendicite pure, d'autres localisations bacillaires, l'échec complet et non plus relatif de tout traitement diététique autre que ceux visant l'état général ; tous ces éléments peuvent faire songer à la bacilliose et, par suite, le médecin devra tenter un examen plus décisif ; la réaction à la tuberculine.

L'**appendicite syphilitique** ne présente aucun caractère spécial permettant de le reconnaître ; nous avons vu que pour Gaucher presque toutes les appendicites chroniques sont d'origine syphilitique.

Les **appendicites mycosiques** donnent un empâtement étendu ; la tumeur est immobile et d'une dureté ligneuse ; plus tard la suppuration s'établit sous forme d'abcès violacés et de fistules à caractères bien spéciaux. La culture de ce pus, le séro-diagnostic mycosique devront alors être pratiqués, ainsi que l'épreuve du traitement par l'iodure de potassium à hautes doses.

Le **cancer de l'appendice** ne présente que peu de caractères cliniques distinctifs : le plus grand volume, la plus grande dureté, la moindre mobilité de la tumeur, l'atteinte plus prononcée de l'état général, mais il faut bien savoir que le plus souvent sa découverte est une surprise opératoire. Il surviendrait à tout âge : Day et Rhéa ont observé un cas chez un enfant, on le voit très fréquemment chez l'adulte ; sa fréquence serait de 1 0/0 des inflam-

mations chroniques de l'appendice d'après Harte. Crouse le croit beaucoup plus rare à cause de la rareté des récidives ; il est vrai, ainsi que le fait remarquer Lecène, que le plus souvent on intervient tôt et très largement.

DIAGNOSTICS RARES

Il est une série d'affections qui peuvent être simulées non par l'appendicite chronique, mais par telle forme exceptionnelle ou tel cas extraordinaire d'appendicite chronique : on ne discute pas ces exceptions, il suffit de les connaître, nous nous bornerons donc à les signaler :

L'hystérie peut provoquer une double erreur :

1° Exagérant les symptômes d'une appendicite chronique, elle peut faire songer à une réaction péritonéale grave ;

2° Elle peut créer de toutes pièces des symptômes d'appendicite chronique sans lésion de l'appendice.

Talamon a cité des exemples de ces deux catégories de faits.

Cependant l'erreur inverse est possible : Glantenay a publié l'examen d'un appendice provenant d'une malade chez qui Nélaton croyait à des manifestations hystériques sans lésions appendiculaires. Cet appendice, macroscopiquement sain, présentait au microscope une oblitération complète et de grosses lésions inflammatoires.

Certaines réactions générales d'origine colique dans l'appendicite chronique ont pu faire porter par les médecins, qui n'arrivaient pas à être témoins des réactions généralement courtes et devaient se contenter du récit toujours exagéré des assistants le diagnostic de **crises épileptiformes**. C'est d'autant plus compréhensible que l'appendicite peut donner tout un ensemble de manifestations nerveuses : nous avons vu des formes qui simulaient des **migraines fréquentes**, une **méningite**, une **paralysie**, la **neurasthénie**, un **tic douloureux de la face**, une **rétention d'urine liée à un début de tabes**.

Inversement une **myalgie rhumatismale**, l'**athérome** des

artères cæcales, des névrites ou névralgies paludéennes, des myalgies abdominales de diverses natures, des vices de position du cæcum ou de l'appendice, l'absinthisme peuvent faire croire à une appendicite chronique. Enfin, Franke range sous le nom de **pseudo-appendicites nerveuses** des faits mal connus ou mal expliqués où il n'existe aucune lésion organique. Ils seraient liés à une contracture intestinale nerveuse, ou à des névralgies hystériques de la région iléo-cæcale, ou à une hyperesthésie réflexe, ou à une névrite concomitante des nerfs intercostaux inférieurs, ou le plus souvent à une névralgie ou une véritable névrite du nerf iléo-hypogastrique ou des nerfs voisins.

Nous avons cité plus haut deux cas d'appendicite chronique diagnostiqués **coxalgie** ou **sacro-coxalgie** : Il faut noter que dans ces cas, il y a limitation de l'extension, mais jamais de l'abduction. Walther a signalé un cas où l'on avait cru à un **varicocèle** à cause de l'irradiation de la douleur dans les bourses.

Faut-il indiquer aussi, ainsi qu'on l'a fait, le diagnostic de l'appendicite chronique avec les **entéralgies de la syphilis secondaire** ou avec la **fièvre de Malte** (Sergent a publié un cas curieux où ce diagnostic avait été envisagé).

DIAGNOSTIC DE LA POSITION DE L'APPENDICE

Ce diagnostic-là est curieux à faire, il est intéressant, mais il n'est pas extrêmement utile au point de vue opératoire, sauf les cas très rares d'appendice situé à gauche de la ligne médiane.

Nous avons déjà indiqué au cours de ce travail quelques éléments permettant de soupçonner la situation du vermium altéré ; nous allons les reprendre ici en en ajoutant quelques autres.

Un point douloureux fixe et très localisé peut déjà nous renseigner un peu.

Si les douleurs sont maxima vers la ligne médiane, vers la région sus-pubienne on pourra penser à un **appendice déclive et descendant**.

Au cas où il y aurait des douleurs vésicales, du ténésme, des élancements urétéraux, des douleurs pendant la défécation, des douleurs prémenstruelles et où l'on aurait la forme que nous avons décrite sous le nom de forme pelvienne ou génitale, on sera fortement autorisé à soupçonner **un appendice pelvien**, surtout s'il n'existe pas de douleur provoquée dans la fosse iliaque droite, mais une douleur en haut et à droite par le toucher vaginal ou rectal.

S'il y a douleur dans la marche, dans les mouvements de la cuisse, et flexion plus ou moins accusée du membre inférieur droit sur l'abdomen, il y aura des chances pour que l'appendice soit **adhérent au psoas-iliaque et généralement bas situé, descendant et profond.**

S'il existe de la difficulté respiratoire, un point sous-costal, un point lombaire, aucune réaction abdominale, on cherchera un **appendice rétro-cæcal ascendant.**

Si l'on observe du ballonnement, une douleur diffuse, généralisée à tout l'abdomen, avec fréquence des vomissements, l'appendice est probablement **libre dans la cavité péritonéale sans adhérence et pas rétro-cæcal.**

Si ce ballonnement est très marqué et persistant, c'est que l'appendice est **au milieu des anses grêles.**

S'il y a des douleurs tenaces, persistantes dans la région ovarienne droite, de la dysménorrhée, et que le toucher du cul-de-sac droit soit douloureux et montre à ce niveau une induration, il est probable que l'appendice est **adhérent aux annexes droites.**

Dans le cas où l'on observe des crises comparables aux crises de colique néphrétique et où ces crises se renouvellent fréquemment à la suite de secousses répétées, on peut songer que l'appendice est **adhérent à l'uretère droit.**

DIAGNOSTIC COMPLÉMENTAIRE

Plus important que le diagnostic du siège de l'appendice est, pour Walther, le diagnostic de la participation des organes avoisinants aux manifestations appendiculaires : du cæcum, de l'épiploon

surtout, enfin du côlon tout entier. La participation de l'épiploon a sa grosse importance opératoire, ainsi que nous l'avons vu en étudiant l'épiploïte, ainsi que nous le verrons tout à l'heure à l'étude du traitement opératoire de l'appendicite chronique.

La participation du côlon, nous l'avons vue dans ce chapitre ; nous savons qu'elle est fréquente ; nous verrons tout à l'heure qu'au point de vue thérapeutique il est essentiel de la reconnaître : à ce prix seulement, on obtiendra la guérison de ses malades.

DIAGNOSTIC DE LA FORME ANATOMIQUE

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons déjà dit au cours de l'étude symptomatique et surtout clinique de l'appendicite chronique ; certaines formes cliniques correspondent, le plus souvent, à certaines formes anatomiques : par exemple la forme douloureuse persistante de l'adulte correspond le plus souvent à un appendice scléreux. La gravité des diverses formes anatomiques étant différente, la question de l'intervention se posera donc différemment suivant les formes : il est certain que si l'on a toutes raisons de croire à une sclérose complète de l'appendice, on sera moins pressé d'intervenir que si l'on croit à l'existence de folliculite hémorragique pouvant aboutir à la perforation.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'appendicite chronique est éminemment variable : variable au point de vue anatomo-pathologique, variable suivant les modalités cliniques, variable suivant les complications, variable enfin, parce qu'une série de facteurs étrangers peut modifier la marche de l'affection.

Il est d'abord un principe que nous devons poser : au point de vue anatomique, l'appendicite chronique n'est pas susceptible de guérison; le mode d'évolution le plus favorable de l'appendice chroniquement enflammé est la sclérose, lésion elle aussi et souvent cliniquement aussi pénible que les lésions inflammatoires qui ont laissé cette séquelle cicatricielle.

Le degré d'infection d'une appendicite chronique irait en s'atténuant si les cultures microbiennes, causes de cette inflammation chronique, ne se renouvelaient pas, s'il y avait une cavité close au niveau de l'appendice : les diverses expériences tentées sur l'animal l'ont montré ; la virulence des microorganismes en jeu s'atténue dans ce cas assez rapidement. Mais l'appendice n'est pas une cavité close, dans cet organe malade, par conséquent en voie de réceptivité morbide, de moindre résistance, il se fait un apport constant de nouveaux colibacilles et d'autres microorganismes. L'inflammation de l'appendice peut donc ne pas s'atténuer avec le temps.

Appendicite aiguë

Dans ces cas, relativement nombreux, où il ne se fait pas d'atténuation de la virulence de l'infection, une série de conditions va pouvoir transformer cette inflammation chronique

en une inflammation aiguë dont la gravité peut être extrême : crise aiguë allant jusqu'à la perforation en quelques heures ou appendicite gangréneuse. Ces appendicites chroniques, dont la virulence ne décroît pas, qui restent en état d'infection, sont, suivant le mot de Cheinisse, des *épées de Damoclès* suspendues sur les têtes des malades. Un traumatisme, un écart de régime, une médication intempestive, un refroidissement, une congestion menstruelle un peu plus intense que normalement, une grossesse, une infection générale grippale ou autre peuvent donner à cette affection chronique et bénigne en elle-même une marche aiguë, suraiguë, parfois mortelle malgré les efforts les plus précoces des chirurgiens.

Que l'on songe à toutes ces appendicites qui meurent annuellement à Paris, succombant à des crises suraiguës, à des appendicites gangréneuses ; toutes ont passé par une phase d'appendicite chronique pure. Il faut penser à cela si l'on veut se rendre compte de la gravité possible de cette affection. Nous verrons néanmoins que l'on peut dans certaines conditions d'âge, de modalité clinique, de conditions sociales, attendre avant de se décider à une intervention chirurgicale. Mais il ne faut pas perdre de vue, que, exception faite des appendicites traduisant par leur symptomatologie une sclérose du vermium, toutes les appendicites chroniques non opérées demandent à être soignées et suivies avec une rigueur dont l'on ne doit pas se départir un seul jour. Une faute de régime, une faute de thérapeutique peuvent être fatales. Une grippe banale par ailleurs peut déclencher toute une évolution terrible de cette infection appendiculaire. La crise aiguë, avec toute sa gravité, tout ce qu'elle contient de menaces, c'est le point le plus sombre du pronostic de l'appendicite chronique.

Nous en déduisons que l'appendicite chronique est plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, puisque les crises aiguës de l'enfance sont plus souvent graves que chez l'adulte et le sont plus. L'appendicite chronique est plus grave chez la femme que chez l'homme par le fait des menstruations et la perspective des grossesses.

Pronostic de l'appendicite chronique chez la femme

Chez la femme, il y a donc deux facteurs de gravité : les règles et la grossesse. Ajoutons tout de suite que Monod a vu une crise aiguë d'appendicite survenir chez une appendiculaire chronique à la suite d'un curettage.

Glücksman attaché une grande importance aux appendicites chroniques traduites par des douleurs au moment des règles ou par des troubles menstruels, car chez ces malades chez qui les congestions menstruelles provoquent ces crises, on doit toujours craindre qu'une congestion plus intense au cours d'une des menstrues suivantes ou la coïncidence d'une de ces congestions (cause locale) et d'une infection générale même banale (grippe) ne donne une crise aiguë grave.

Les crises aiguës au cours de la grossesse sont fréquentes ; elles sont très graves ; certains indiquent une mortalité de 50 à 60 0/0 pour la mère ; il faut donc opérer même pendant la grossesse, et si l'on est appelé seulement près du terme ne pas hésiter à intervenir quand même à cause de la gravité des crises au moment du travail.

Même en dehors de ce risque de crise aiguë, le pronostic de l'appendicite chronique chez la femme n'est pas un pronostic d'infection bénigne quelconque. Fréquemment par suite de la propagation de l'inflammation de l'appendice aux annexes, il s'établit une sorte de complexus pathologique comprenant de la rétroversion utérine, des ovarites et salpingites, de l'appendicite. La stérilité en est souvent la conséquence : Pankow cite un cas de stérilité ayant persisté pendant sept ans de mariage qui fut guéri par l'appendicectomie. Schmid insiste sur la fréquence des interruptions de grossesse chez les appendiculaires chroniques : il a noté 16 interruptions sur 80 cas d'appendicite bénigne et il cite le fait suivant de Taylor : 4 fausses couches avant l'appendicectomie, deux grossesses à terme après.

Pellat croit que l'appendicite chronique est une cause fréquente de grossesse extra-utérine.

Appendicite traumatique

Fürbringer croit à la possibilité de la perforation traumatique d'un appendice sain, mais il admet que dans les cas d'appendicites traumatiques, le plus souvent il s'agit d'appendicites chroniques anciennes. Il ne croit pas au rôle des calculs stercoraux. Cette conception de la création de lésions appendiculaires aiguës par un traumatisme sur un appendice non lésé, Fürbringer est actuellement à peu près seul à la défendre, et encore considère-t-il cette possibilité comme exceptionnelle.

Deaver croit que deux éléments sont nécessaires pour créer l'appendicite traumatique : 1° un traumatisme très violent, très direct ; 2° l'existence d'une appendicite latente. Pour certains, l'appendicite traumatique n'est qu'un incident aigu au cours d'une appendicite chronique. Jeanbrau et Anglade ont présenté en 1907 à la Société de Chirurgie un mémoire dans lequel ils analysent 58 cas d'appendicite dite traumatique. Ils concluent à l'exacerbation par le traumatisme d'une appendicite chronique absolument latente. Pour Broca, ce seraient des appendicites chroniques rendues chaudes. Pour Southam, les crises post-traumatiques seraient dues à une rupture d'adhérence. Walther considère que le trauma révèle par une crise aiguë l'existence de lésions chroniques de l'appendice.

Il faut donc faire une place dans le pronostic de l'appendicite chronique à la possibilité du traumatisme, facteur étiologique important de crise aiguë peut-être grave.

Pronostic suivant l'évolution clinique de l'appendicite

Nous avons eu en vue jusqu'à maintenant dans le pronostic de l'appendicite chronique le risque d'une infection aiguë et d'une infection générale au cours d'une crise aiguë. Les crises aiguës ne sont pas graves seulement par infection générale, elles peuvent l'être aussi par intoxication de l'organisme : ces formes toxiques si

graves débutent parfois assez insidieusement, elles ne s'accompagnent pas de grand fracas comme les infections générales ; il importe de savoir les dépister dès le début, car le pronostic en est des plus graves : opérées à temps, ces appendicites ne donnent presque que des succès, mais il ne faut pas laisser passer le moment où l'organisme est trop intoxiqué pour que l'ablation de l'appendice soit d'une utilité quelconque : très souvent ce début des formes toxiques est marqué par une diarrhée d'emblée intense et rebelle ; il faut donc se méfier de l'apparition de ce symptôme. Il y a là un élément de pronostic utile à connaître : il commande l'intervention immédiate.

Parmi les formes cliniques de l'appendicite chronique, celles qui se manifestent par des symptômes généraux, ou par des symptômes nerveux doivent, sauf intervention, comporter un pronostic plus sérieux que les formes purement douloureuses, en raison même de l'atteinte de l'état général.

Le pronostic est également lié à l'existence de lésions hépatiques (subictère, gros foie douloureux, pigments biliaires normaux ou anormaux dans l'urine) de lésions rénales : albumine (Bouche-seiche), pyélite (Rièse a publié 2 cas dans lesquels la pyélite disparut après suppression opératoire de brides enserrant l'uretère).

La possibilité d'autres complications de l'appendicite chronique doit être envisagée quand on veut établir le pronostic de cette affection. Parmi ces complications, l'ulcère d'estomac est une des plus importantes, une de celles qui ont le plus passionné les chirurgiens américains. On sait d'ailleurs que dans les Etats-Unis d'Amérique l'ulcère d'estomac est devenu beaucoup plus qu'en France une affection purement chirurgicale. Quoi d'étonnant, si l'on songe à la très grande fréquence de l'appendicite dans ce pays, dont elle est en quelque sorte la maladie nationale, à ce que les rapports des deux affections apparaissent beaucoup plus fréquents aux chirurgiens américains qu'à nos compatriotes. C'est ainsi que Fenwick citant les statistiques des frères Mayo, donne 22 appendicites relevées dans les antécédents immédiats de 112 cas d'ulcère. L'appendicite créerait, pour Fenwick, une hypersecrétion gastro-intestinale, qui provoquerait la formation de l'ulcère. Pour Mahnert et Payr, l'ulcère serait dû à une thrombose veineuse, à

une embolie liée à l'appendicite chronique. Paterson croit que l'on peut attribuer à l'ulcère d'estomac ces douleurs qui persistent après l'appendicectomie.

Appendicite chronique et tuberculose. — L'appendicite chronique conduit à la tuberculose. Trois causes commandent cette évolution : 1° le régime de l'appendicite est décalcifiant ; 2° les ferments lactiques, considérés par un certain nombre de médecins comme une bonne thérapeutique de l'appendicite ou de l'entéro colite sont aussi décalcifiants ; 3° ainsi qu'il résulte des travaux de Justin Roux, de Lœper et Esmonnet, de Sergent, il se produit au cours de l'appendicite chronique des défaillances enzymatiques, protéolytiques et lypolytiques des glandes digestives qui conduisent à la tuberculose ulcéreuse et caséuse.

PRONOSTIC LOINTAIN

Occlusions intestinales et adhérences

Nous avons jusqu'à maintenant envisagé les évolutions infectieuses ou toxiques de l'appendicite chronique. Il nous reste à envisager le pronostic de ce qui constitue la guérison, non de cette appendicite, mais de l'infection appendiculaire : l'évolution vers la sclérose.

Le pronostic de cette guérison n'est pas entièrement et toujours favorable. Elle n'est pas exempte, elle non plus, de complications ; nous dirons même que ces complications sont extrêmement fréquentes. Elles se résolvent presque toutes en une modalité anatomique : les adhérences, les brides locales ou épiploïques et une modalité clinique ; l'occlusion intestinale. Disons de suite que l'occlusion intestinale peut se produire aussi au cours de l'appendicite chronique sous plusieurs autres influences ; c'est ainsi que Rowan et Wells ont signalé des occlusions intestinales par calculs appendiculaires. Faut-il dire que ces cas sont des exceptions ? Jalaguier a vu chez deux de ses opérés une invagination iléo-cæcale et il se demande si les lésions d'appendicite chronique ne seraient pas la cause d'un grand nombre de cas d'invaginations iléo-cæcale.

Mais la cause la plus fréquente de ces occlusions est constituée par des brides, des adhérences cæcales ou épiploïques. Elle peuvent se produire longtemps après le début de l'appendicite (trente ans après dans un cas), parfois même alors que depuis longtemps, il n'y a pas eu de processus inflammatoire (Potherat). Elles peuvent produire des volvulus (Barth). Lejars croit qu'elles conduisent assez souvent à l'iléus. Cette guérison anatomique n'en est donc pas une.

Que conclure sinon que le pronostic de l'appendicite chronique, affection banale, d'apparence bénigne, est plus grave que ne le comporte la bénignité d'expression clinique de l'affection. Son évolution peut être interrompue par des crises aiguës traduisant une infection ou une intoxication qui terrassent souvent les malades. La guérison anatomique n'en est pas une, puisqu'elle expose à des accidents non moins sérieux.

C'est en considérant cette gravité du pronostic que Weill-Mantou a demandé au Congrès international des médecins d'assurances à Bruxelles, en 1904, que toute douleur ou toute sensibilité dans la région appendiculaire fasse écarter les aspirants qui demandent à contracter une assurance sur la vie. Les hommes d'affaires sont avant tout des réalistes : ils ne considèrent pas comme une chimère cette crainte de complications graves au cours de l'appendicite chronique ; ils considèrent le pronostic de cette affection comme sérieux.

TRAITEMENT

Le traitement de l'appendicite chronique est de deux ordres : médical et chirurgical ; il doit viser non seulement les lésions de l'appendice, mais les lésions associées à celles-ci.

TRAITEMENT MÉDICAL

Celui-ci est assez complexe ; il ne peut donner de résultats que s'il est suivi *intégralement*. Le régime alimentaire ne saurait suffire, toutes les mesures que nous allons énumérer ont leur valeur et doivent être observées.

1° *Repos* et nous n'entendons pas par là seulement le repos physique, c'est-à-dire l'absence de fatigue physique excessive, de gros efforts susceptibles de provoquer une crise aiguë ; le repos devra être autant que possible intégral : repos intellectuel et moral autant que physique. D'ailleurs, ce repos intellectuel et moral fait partie intégrale du traitement des còlites, souvent associées à l'appendicite chronique. Tous les médecins ayant l'expérience des infections utéro-coliques savent à quel point le repos moral et intellectuel est non seulement utile mais nécessaire pour obtenir la guérison de ces affections.

On devra aussi éviter les refroidissements qui peuvent provoquer des crises aiguës.

2° *Régime alimentaire*

Celui-ci est au moins en partie facilement obtenu de certains malades, de ceux (et ils ne sont pas rares) qui, s'observant un peu,

ont remarqué que certains aliments provoquaient chez eux des douleurs ou des troubles gastro-intestinaux, ou toutes autres complications (insomnies pénibles, vertiges, fièvre, etc.). Ces constatations portent généralement sur l'ingestion de lait, de sauces et surtout d'œufs. D'autres malades à forme frustre sont déjà au régime : ils sont allés consulter pour des symptômes intestinaux et même sans avoir la certitude de l'appendicite chronique, leur médecin les a mis au régime des entérites ; ainsi le plus souvent ces malades arrivent auprès des chirurgiens, préparés à l'opération par le régime qui leur a été prescrit, non pour leur appendicite, mais pour leur entérite vraie ou fausse.

Le régime est celui de toutes les entérocolites. Il comporte comme tout régime une partie positive et une partie négative. Celle-ci nous semble de beaucoup la plus importante ; nous croyons donc devoir commencer par elle, et ne pas nous contenter de laisser supposer que ces aliments qui n'entrent pas dans le régime que nous donnerons sont à ne pas autoriser. Non, il faut dire expressément et dire bien haut à nos malades, que ce régime est avant tout prohibitif : PAS DE LAIT, PAS D'ŒUFS, PAS DE BOUILLON GRAS, PAS DE SAUCES, PAS DE VIANDES ROUGES OU NOIRES, PAS DE PRÉPARATIONS AU BEURRE, PAS DE POISSON GRAS. Nous avons pu nous rendre compte de l'importance de ces prohibitions : nous avons vu des chirurgiens, qui, sur le foi des anciennes formules, mettaient leurs appendiculaires au régime du lait. Nous avons pu nous rendre compte de la différence entre l'état de ces appendices et de ceux des malades soumis au régime que nous allons énumérer. Elle est capitale. *Dans l'appendicite chronique, le lait, les œufs, le bouillon gras, voilà les ennemis ; on doit le dire et le répéter.*

Le régime le plus strict, celui réservé aux cas en imminence de crise aiguë, comprend :

1° Bouillons de légumes, eau de riz, panades de biscuits pilés, potages maigres, bouillies diverses à l'eau ;

2° Pâtes, riz, purées, salades cuites, le tout cuit à l'eau *sans* beurre ;

3° Fruits cuits, compotes, confitures ;

4° Beurre frais (jusqu'à 100 gr. par jour) que l'on fait fondre dans

les pâtes, purées, au moment de les servir — fromage non fermenté.

Dans les cas moyens, à forme éminemment chronique, on peut ajouter à ce régime :

1° Poulet, jambon, viandes grillées et viandes froides ;

2° Bananes, oranges.

En cas d'intolérance gastrique, on mettra les malades au régime du *képhyr maigre*, n° 1 ou 2, pendant quelques jours. On pourra aussi prescrire le képhyr en plus du régime que nous avons indiqué plus haut dans les cas où ce régime serait insuffisant et amènerait une perte de poids constante et progressive.

Dans les cas où l'on serait amené à varier le régime large, dans des cas très atténués, on pourrait de temps en temps remplacer le poulet, le jambon, les viandes grillées ou froides par des poissons maigres *cuits à l'eau* (merlans, brochets, soles, morue, truite, carlet, limande, dorade, turbot, barbue, perche, lombre, rouget, carpe).

3° Purgatifs

Cette question est dans la thérapeutique médicale de l'appendicite chronique une des plus importantes et en même temps une de celles qui ont suscité le plus de discussions.

Il est cependant un principe sur lequel tout le monde semble d'accord : l'abstention absolue dans les appendicites chroniques même larvées de tout purgatif violent et, par ce mot, nous n'entendons pas seulement les purgatifs drastiques mais bien aussi les purgatifs salins. Tous sont à interdire formellement. Il ne suffit pas de ne pas les prescrire, il faut mettre les malades en garde contre les méfaits de ceux-ci : sinon on risque que l'entourage spontanément ne veuille faire œuvre de thérapeutique et ne fasse œuvre dangereuse, amenant crise aiguë et perforation. Les seuls purgatifs possibles dans l'appendicite chronique sont les purgatifs huileux ; ils n'agissent que sur la muqueuse, et encore ne doit-on les employer qu'avec précautions et après s'être enquis de l'état *actuel* de l'appendicite. Walther a bien mis en valeur dans son rapport sur le traitement de l'appendicite chronique les dangers du purgatif chez ces petits appendiculaires en état de mal subaigu :

« On doit être arrêté par la constatation de ces petits signes fugaces, si légers qu'ils passent le plus souvent inaperçus et qu'ils doivent être toujours recherchés avec soin par le médecin :

» Un enfant souffrant depuis plus ou moins longtemps de troubles gastro-intestinaux (perte d'appétit, digestions difficiles, teint terreux) est pris de ces malaises passagers, fugaces, pâleur, altération subite des traits, avec douleur légère à la région ombilicale, quelquefois sensations nauséuses. Ces malaises, qui ne durent d'ordinaire que quelques minutes, parfois quelques secondes, indiquent des petites poussées de folliculite ou de congestion, parfois de torsion ou de coudure de l'appendice. Ils comportent pour moi l'indication formelle de l'intervention, mais, en tous cas, ils comportent aussi la contre-indication formelle de toute purgation. C'est en pareil cas, en effet, que nous assistons au drame de l'appendicite gangréneuse, perforante et nous savons tous quelle gravité de pronostic implique le commémoratif de purgatif.

» Il est donc toujours indispensable, avant de prescrire un purgatif de s'assurer de l'état de l'appendice par une exploration minutieuse et de s'abstenir si l'on trouve un appendice nettement douloureux et surtout si l'on constate, par l'interrogatoire des parents, l'existence de ces petits malaises si caractéristiques qui constituent un véritable « état de mal ».

Il n'est pas de chirurgien qui n'ait constaté de cas de crise appendiculaire grave, souvent accompagnée de perforation chez ces appendiculaires chroniques purgés malencontreusement. Les méfaits des purgations chez ces malades ne se comptent plus.

Reste la question des laxatifs ; ceux-ci ont leurs avantages et leurs inconvénients ; leurs avantages : ils combattent la constipation, ils diminuent le nombre des microbes contenus dans l'intestin ; leurs inconvénients : ils rendent l'intestin paresseux, ils exaltent la virulence de *certain*s microbes, en particulier du *perfringens*. La vérité semble être dans un juste milieu : l'usage des laxatifs est utile, mais doit être modéré ; ils doivent être maniés avec prudence, car ils comportent chez les appendiculaires en état de mal les mêmes risques, atténués il est vrai, que les purgatifs ; nous renvoyons à la citation que nous faisons tout à l'heure du rapport de Walther ; elle s'applique également aux laxatifs.

Parmi les laxatifs, lesquels employer? cela dépend des cas : en cas d'appendicite chronique pure, non compliquée de còlite, nous donnons la préférence à l'huile de ricin à petites doses : une cuillerée à café d'huile de ricin le matin au réveil pendant plusieurs jours de suite. Certains lui préfèrent dans ces cas les petites doses de sulfate de soude : deux centigrammes tous les matins, nous en avons moins l'expérience. Quand l'appendicite s'accompagne de còlite et qu'il faut combattre surtout la constipation due à celle-ci, le laxatif de choix est l'agar-agar. Il faut choisir dans ces cas l'une des préparations où ce médicament est seul, sans aucune adjonction de drastique à faible dose. Toutes les préparations d'agar-agar *isolé* sont bonnes.

Lavements. — Suppositoires

Nous n'accordons que peu de confiance dans l'appendicite à l'emploi de suppositoires ; ceux-ci n'agissent que bien rarement. Ils ne sont pas nuisibles ; c'est un mérite. Nous n'en saurions dire autant des grands lavages intestinaux, qui vident l'intestin, mais ont de très gros défauts, et en particulier celui d'entretenir, en cas de còlite, le double élément infectieux et spasmodique, ou même de l'aggraver.

Antiseptiques intestinaux et thérapeutiques microbiennes

On a préconisé aussi l'emploi d'antiseptiques intestinaux ; ils peuvent être utiles dans certains cas où l'élément infectieux prédomine, mais ils demandent à être employés prudemment, car leur action, si elle est utile, a son défaut, celui d'irriter la muqueuse intestinale. Cette action est inséparable de leur action bienfaisante sur l'infection de ce còlon ; il ne faudra donc pas prolonger leur emploi.

Les ferments lactiques ou l'association la plus fréquemment employée du *bifidus* et de l'*acidi paralactici* sont généralement bien tolérés par les malades, mais ce sont surtout des préventifs à employer dans l'entérocòlite pour éviter l'infection de l'appen-

dice. Cet organe envahi, leur action est trop tardive. Ils ont de plus une autre action néfaste, bien mise en valeur par Sergent : celle de diminéraliser les appendiculaires, qui, par le fait de leur régime, ne sont pas déjà en état d'équilibre de minéralisation ; il y aurait là un acheminement vers la tuberculose.

Eaux minérales

Que dire des stations les plus généralement employées : Vichy, Plombières, Châtel-Guyon, Luxeuil ? sinon ce que nous avons déjà dit au sujet des purgatifs et des laxatifs. Ces eaux s'adressent à la còlite, non à l'appendicite. Au cas où la còlite prédomine, où l'appendicite est éminemment torpide, ces sources peuvent rendre quelques services, elles ne donneront pas de guérison, tant que le malade aura dans son appendice une cause de réinoculation. Dans les cas au contraire, où la còlite est secondaire à l'appendicite, ces stations sont dangereuses ; elles le seront d'autant plus qu'elles sont plus actives ; elles le seront plus à la source que prises à distance. Elles sont responsables d'un certain nombre de crises aiguës provoquées par des saisons chez des malades chroniques purs, mais en imminence de crise, chez des malades en état de mal appendiculaire.

Anthelminthiques.

Certains parasitologues considèrent le thymol comme le véritable médicament curateur de toutes les appendicites aiguës ou chroniques. Ils ne voient que l'hôte, et pensent, en l'expulsant, avoir bien mérité la reconnaissance de leurs malades ; ils n'oublient qu'une chose, c'est que même en admettant que toutes les appendicites soient vermineuses, ce qui est loin d'être la vérité, nous l'avons vu, l'effet survit à la cause et l'appendice reste chroniquement lésé. Mais de plus notre ami Railliet a montré que les anthelminthiques étaient sans aucune action sur les parasites *contenus dans l'appendice*. Cette thérapeutique, si simple, n'aura donc qu'une utilité : elle sera un préventif en cas de vers intes-

linaux et pourra empêcher ceux-ci de venir léser l'appendice. Là se borne leur action.

Massage-Électrisation

Bourcart a préconisé le traitement par le massage vibratoire manuel. Ce serait pour lui une thérapeutique excellente ; cependant avec notre maître Walther, nous craignons qu'elle ne provoque des crises aiguës ; nous ne voyons pas bien le mécanisme utile de son action, en revanche nous voyons les dangers auxquels elle expose : rupture d'adhérences, provocation de contractions de l'appendice rendu fragile par l'inflammation chronique.

En revanche, on ne peut que recommander aux malades de faire de la gymnastique des muscles de l'abdomen et même de l'électrothérapie à ce niveau : il n'est pas indifférent de préparer la paroi en vue de l'opération et de diminuer, en fortifiant cette paroi, les risques d'éventration.

Nous ne citerons que pour mémoire le traitement de l'appendicite chronique par les courants de haute fréquence préconisés par Haweyhing.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indications.

Les indications sont variables suivant une série de considérations : d'âge, de sexe, de profession, d'état général, de forme clinique, ou d'association à d'autres affections.

Certaines appendicites chroniques peuvent rester soumises pendant longtemps, sinon toujours à un traitement purement médical ; nous en voyons deux catégories : les appendicites chroniques très frustes, dans lesquels on ne constate pas d'état de mal appendiculaire ; ces malades, si dans leur état il n'existe aucune indication d'intervenir, peuvent rester au régime médical à la condition qu'ils comprennent l'importance et la nécessité absolue d'une surveillance médicale sérieuse. La deuxième catégorie

comprend les vieilles appendicites chroniques que tout fait considérer comme arrivées à la période de sclérose (leur ancienneté, leur forme clinique), celles-ci si elles ne présentent pas en elles-mêmes, par le fait de douleurs pénibles par exemple, une indication d'intervention peuvent être conservées sans inconvénient ; dans ces cas, le malade est le meilleur guide, car c'est lui, dans ce cas, mais dans ce cas seulement qui doit poser l'indication d'intervention puisqu'alors, il ne court aucun risque, qu'il est le seul juge de la gêne que produit pour lui l'existence de cette lésion.

Age. — *Chez l'enfant*, il ne faut pas temporiser ; l'intervention s'impose pour une foule de raisons : 1° par la menace constante d'une crise aiguë toujours grave à cet âge ; 2° par la plus grande difficulté à obtenir d'un enfant que d'un adulte l'observance rigoureuse d'un régime sévère ; 3° par la plus grande gravité d'un écart de régime à cet âge ; 4° par la quasi-impossibilité d'obtenir chez un enfant le repos absolu, l'abstention de tout exercice violent (ceci est d'autant plus impossible que ces exercices sont nécessaires au bon développement de l'enfant) ; 5° par la menace constante dans les appendicites chroniques de cet âge de troubles gastro-intestinaux, hépatiques, nerveux ou généraux qui font de ces malades des infirmes.

Chez les adolescents, si certaines considérations comme celles de la difficulté d'imposer un régime sont moins impérieuses, il s'en ajoute d'autres, tirées d'un autre ordre d'idées, l'ennui de laisser à cette période de leur vie trainer des adolescents que des malaises renouvelés retardent dans leurs études. Pour extra-médicales qu'elles soient, ces considérations n'en doivent pas moins entrer en ligne de compte.

Chez les adultes, il y a souvent intérêt également à éviter aux malades la perte de temps résultant de la prolongation de ces malaises.

Chez les vieillards, il y a intérêt à essayer le traitement médical et ceci pour deux raisons : l'on a quelques chances d'avoir à faire à une appendicite scléreuse, hors d'état de nuire, d'une part ; l'on fait, à cet âge, courir à ses opérés un plus grand risque que dans les âges précédents, d'autre part. Mais, l'on ne doit pas

oublier que chez les vieillards, si les crises aiguës sont rares, elles s'accompagnent souvent d'emblée de perforations avec abcès et que ces crises aiguës sont extrêmement graves par leur forme et par le fait même de l'âge des malades.

Profession. — La profession du malade, quand il s'agit d'un adulte doit aussi guider le chirurgien qui décide de l'intervention : en dehors des considérations sociales de malades ne pouvant perdre un long temps à se reposer, il y a dans certaines professions des incompatibilités avec le traitement médical : certaines nécessitent des efforts, des travaux pénibles qui excluent le repos absolu sur lequel nous avons insisté ; d'autres malades sont astreints à voyager en voiture ou en chemin de fer : ces secousses sont une provocation à l'appendicite ; les voyages contre-indiquent l'idée de régime strict. Une autre catégorie de malades ne peut pas suivre le régime alimentaire prescrit : ceux à vie active, qui ne trouvent pas dans les éléments de leur régime les matériaux rendus nécessaires par le développement de leur activité.

Sexe. — Si les considérations sociales et professionnelles poussent moins à l'opération quand il s'agit d'une femme, d'autres considérations, non plus sociales, mais médicales, interviennent qui rendent chez la femme jeune l'indication opératoire plus formelle souvent que chez les hommes du même âge.

Nous avons vu l'influence de la congestion menstruelle sur l'appendice malade, la conclusion qui résulte de ces constatations est formelle : chez ces femmes dont les menstrues amènent une hyperhémie nocive de l'appendice, il faut enlever l'organe malade ; il le faut, car ces malades sont constamment sous la menace, non plus d'une crissette, mais d'une crise aiguë peut-être grave, peut-être d'une perforation, au cours de l'un des mois qui suivent.

La possibilité d'une grossesse rend l'indication plus formelle encore : chez toute femme pouvant devenir enceinte, il faut prévenir les accidents aigus en enlevant préventivement l'appendice (Pinard). Nous ne rappellerons pas ici les dangers que font courir aux appendiculaires chroniques une grossesse et un accouchement. Et si la grossesse a débuté, on ne doit pas hésiter, malgré cet état, à opérer la malade. Le moment de choix est la période qui va du troisième au cinquième mois. L'opération

pratiquée à ce moment ne compte aucun risque spécial, tandis que l'accouchement est gros de dangers. Voici d'ailleurs les conclusions de Walther :

« Sur une dizaine de cas d'appendicite chronique opérés presque toujours du troisième au cinquième mois de la grossesse, je n'ai jamais observé de troubles de la gestation ; une seule fois, chez une femme qui avait, en même temps que de l'appendicite chronique, un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu, l'intervention provoqua une fausse couche au bout de vingt-quatre heures. Chez trois autres opérées, j'ai observé le soir ou le lendemain de l'intervention quelques légères douleurs utérines, vite calmées par le traitement opiacé à dose suffisante. Je crois toujours prudent d'instituer, dès le premier jour, le traitement en manière de prévention. »

On peut d'ailleurs, au cas où la malade aurait laissé passer cette période, opérer plus tard, jusque vers la fin du septième mois, bien qu'à cette époque, l'opération soit moins facile.

Indications dans les diverses formes d'appendicite chronique

1° *Dans l'appendicite chronique pure typique*, de moyenne intensité, si il n'y a pas d'indications tenant spécialement à l'âge, au sexe, aux conditions sociales ou physiologiques, on peut essayer le traitement médical et attendre son échec pour prescrire l'opération.

2° *Dans la forme caractérisée par des phénomènes généraux*, l'opération s'impose ; elle est du reste, en raison de l'état général, le plus souvent acceptée facilement par le malade ou son entourage.

3° *Dans la forme à symptômes gastriques prédominants*, même indication opératoire ; l'abstention ici compromettrait rapidement l'état général ; il en est ainsi, en particulier, dans les formes caractérisées par des vomissements, que ceux-ci soient presque constants ou qu'ils soient cycliques.

4° *Dans les appendicites chroniques pures associées à de la còlite*, il faut distinguer suivant que la còlite est primitive ou secondaire : si la còlite est secondaire à l'appendicite, il ne saurait y avoir aucun doute sur l'opportunité de l'acte opératoire : supprimer la cause de l'entérite est indispensable ; si, au contraire, la còlite est primitive,

on sera autorisé à essayer d'abord le traitement médical, et à attendre quelque temps le succès ou l'échec de celui-ci; dans ce deuxième cas, on doit opérer. Mais ce serait peine perdue que de commencer par le traitement médical si, à la còlite, s'ajoutent de la péricòlite, de l'épiptoïte, de la ptose cæcale ou une dilatation cæcale. Dans ces cas, l'opération doit précéder le traitement médical. Celui-ci serait sans effet sur la còlite tant que persisteraient ces lésions surajoutées qu'entretient un mauvais état intestinal.

De même les formes d'appendicite avec còlite à diarrhée doivent être opérées.

Dans les còlites très anciennes, l'opération fait généralement disparaître la constipation, mais n'a d'ordinaire aucune autre action sur le còlon.

5° Dans les formes douloureuses, il faut voir, regarder, observer avant de prendre une décision. Il y a dans ces formes deux écueils : opérer alors qu'il n'y a que des lésions minimales curables médicalement ou ne pas opérer alors qu'il existe de grosses lésions. Il est très difficile dans ces formes d'en distinguer cliniquement la gravité anatomo-pathologique. On doit se laisser guider par l'intensité de la douleur qui, parfois, est telle que le malade réclame lui-même une intervention; il faut aussi savoir s'inspirer d'une foule de considérations; on ne peut donner à cet égard aucune règle.

Notons que pour Karewitz tout sujet atteint d'entérocolite est suspect d'appendicite chronique et doit être opéré. Nous serions curieux de connaître ses résultats post-opératoires.

Indications tenant à une affection associée à l'appendicite chronique :

1° **Appendicite et annexite.** — Dans ce cas, il ne saurait y avoir aucun doute : l'intervention par voie médiane s'impose.

2° **Appendicite et angiocholécystite.** — Les cas ne sont plus rares où il y a association d'appendicite chronique et de cholécystite; il y a utilité à enlever à la fois la vésicule et l'appendice, en raison de la gravité des infections aiguës associées de ces deux organes et de leur fréquence même. D'ailleurs, il y a tout intérêt, chaque fois que l'on pratique une cholécystectomie, à faire en

même temps l'appendicectomie si ce temps ne doit pas augmenter le pronostic opératoire (mauvais état général, longueur de l'opération, infection de la vésicule).

3° Appendicite et rein mobile. — Le port d'une ceinture sangle avec pelote rénale s'il est souvent suffisant quand il y a seulement néphroptose est, dans le cas où l'appendicite s'y associe, assez douloureux : la pelote appuie sur la région appendiculaire et provoque au niveau de l'organe malade une douleur qui peut être très vive. Walther résume ainsi sa conduite en cas d'appendicite avec rein mobile :

1° Si le rein est peu abaissé et facile à maintenir, il faut pratiquer l'appendicectomie et faire porter une ceinture.

2° Si le rein est très abaissé, difficile à maintenir, ou très douloureux, il faut intervenir par voie lombaire et par la même incision cutanée et musculaire, enlever l'appendice d'abord, puis fixer le rein. Il a même l'habitude toutes les fois qu'il fait une néphropexie, alors même qu'il n'existe aucun signe d'appendicite chronique, de pratiquer l'appendicectomie.

4° Appendicite et ulcère d'estomac. — Cette association commande toujours une intervention visant dans un même acte opératoire les deux organes malades. Walther et un certain nombre de chirurgiens américains ont même l'habitude, chaque fois qu'ils font une laparotomie pour ulcus, d'enlever l'appendice (à moins de contre-indication tenant à la longueur de l'opération ou à l'état général du malade).

5° Appendicite chez les tuberculeux. — Il y a chez ces malades plus que chez tout autre indication à opérer : 1° parce qu'il est nécessaire de bien nourrir les tuberculeux ; 2° parce qu'il est nécessaire de ne pas laisser chez eux une cause de déchéance de l'organisme qui aggrave le pronostic de la tuberculose pulmonaire. L'abstention est ici très dangereuse, car ou bien l'on ne traite pas l'appendice par le traitement diététique qui lui convient, ou bien l'on déminéralise ces tuberculeux par le traitement diététique ; il y a là un véritable dilemne ; que soigner : l'appendice ou la tuberculose ? C'est en raison de ces considérations que

Bialokur enlève systématiquement l'appendice chez tous les tuberculeux même avancés si ceux-ci présentent des troubles gastro-intestinaux avec le moindre symptôme dans la fosse iliaque droite; ainsi, il a pu obtenir des améliorations même dans des cas avancés.

5° **Appendicite et névrose.** — Chez les neurasthéniques, dont l'état de dépression est entretenu par les lésions appendiculaires, on ne saurait hésiter devant une intervention qui, outre qu'elle guérit l'une des deux affections, constitue le meilleur traitement psychique de l'autre. Ces malades sont vraiment bien guéris par l'opération (Rendu).

Il en est de même des hystériques.

Ablation préventive au cours de laparatomies :

Il est presque trop tard pour discuter cette question, tant les avis semblent unanimes actuellement: au cours d'une intervention péritonéale bien réglée, aseptique dont le pronostic ne sera pas aggravé par l'appendicectomie, il faut ajouter ce temps opératoire.

Cependant quelques auteurs ne se rangent pas encore à cette manière de voir : Hochenegg conseille, lorsqu'au cours d'une cæcoplicature ou d'une cæcopexie, on trouve un appendice douteux, de faire un *enfouissement sous-séreux intra-cæcal* de cet organe. Comme c'est donc simple ! Koetney est adversaire de l'ablation préventive de l'appendice, car il estime que l'on ne sait pas à quoi sert cet organe et, d'autre part, l'appendicostomie peut devenir utile dans une foule d'affections et elle constitue en particulier le traitement de choix de la constipation ; quel plaisir d'être Français ! Vulliet aussi est hostile à l'ablation systématique de l'appendice au cours d'une laparotomie : il invoque un cas d'occlusion intestinale par bride partant du moignon appendiculaire.

Hartmann conseille d'enlever toujours l'appendice au cours d'une laparotomie pour annexite si l'on constate au niveau de cet organe quelque chose d'anormal : adhérence ou même seulement trop grande longueur. En réalité, nous ne savons jamais quand nous avons l'appendice non ouvert dans la main s'il est sain : la sagesse conseille donc de l'enlever préventivement : c'est la manière de

faire de la presque unanimité des chirurgiens parisiens. Lejars qui a spécialement étudié la question adopte cette conclusion.

Contre-indications

Jalaguier les a formulées : elles tiennent à l'âge du malade, à son état général. L'obésité et le diabète doivent contre-indiquer l'opération.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Il n'entre pas dans notre cadre de donner une description de la technique de l'appendicectomie ; elle est variée ; nous indiquerons seulement ici différents points et ferons à ce sujet quelques réflexions.

Incisions. — Elles sont très nombreuses ; nous ne ferons que les nommer :

a) Latérales :

Incision de Jalaguier dans la gaine du droit ;

Incision sur le bord externe dans la gaine du droit ;

Désinsertion des muscles en dehors de ce bord ;

Incision de Max-Schüller transmusculaire à égale distance du bord externe de la gaine et de l'os iliaque ;

Incision de Roux transmusculaire à un travers de doigt de l'os iliaque, parallèlement à lui ;

Incision de Mac Burney (dissociation musculaire) ;

Incision de Chaput (incision transversale) sur la ligne bis-iliaque et dissociation musculaire.

b) Médiane.

c) Exceptionnellement :

Lombaire ;

Ou par hernie.

L'incision médiane, l'incision lombaire, l'incision sur le trajet d'une hernie ont leurs indications au cas où il y a coexistence d'une lésion rénale ou d'une hernie.

Quant aux incisions latérales, nous n'accordons que peu de faveur à celle de Chaput qui, quoi qu'en dise son auteur, est peu commode et donne peu de jour. Celle de Mac Burney est théoriquement très séduisante : elle avait jusqu'à ces dernières années le gros ennui d'exiger quatre écarteurs ; l'écarteur automatique de Vacher, habituellement connu sous le nom de Gosset, supprime cet ennui. Les incisions de Roux et de Max Schuller, quand on est obligé de les agrandir causent un grand délabrement de la paroi ; l'incision de Jalaguier est un peu interne, ce qui la rend peu commode en cas d'adhérences ; nous donnons donc la préférence à l'incision de Walther par désinsertion des muscles sur le bord externe de la gaine du droit.

Il ne faut pas inciser trop haut : on a souvent tendance à le faire. Liertz conclut de ses nombreuses recherches, les plus nombreuses qui aient été faites sur la position de l'appendice que, le plus souvent, on trouve cet organe tout près du point de Lanz (69 fois sur 85 cadavres) ; il en conclut qu'il faut inciser parallèlement à l'arcade crurale sur une longueur de 6 cm. dont le milieu passe au point de Lanz. Nous disons simplement que, quelle que soit l'incision choisie, son milieu doit passer par la ligne bis-iliaque.

Longueur de l'incision. — Il n'y a pas longtemps encore, les incisions de 6 cm., celles que Liertz préconise, paraissaient très petites en comparaison des incisions faites lors des premières appendicectomies, cette longueur de 6 cm. est aujourd'hui, sauf dans des cas exceptionnels, plus qu'un grand maximum : une longueur de 3 centimètres ne présente aucune exagération de petitesse ; elle permet très facilement d'arriver sur l'appendice : avec cette longueur, Walther a coutume non seulement d'enlever l'appendice et une partie de l'épiploon, mais d'explorer l'angle droit du côlon.

Nous avons pu, deux fois, chez des malades, chez qui, pour des raisons professionnelles, nous voulions être économe de la longueur de notre incision, réduire celle-ci à la dimension de 15 millimètres (mesurée aussitôt après la suture) ; ceci nous paraît un minimum ; avec une telle incision, si elle est bien placée, on pratique facilement l'appendicectomie. La seule difficulté consiste dans la réduction du cæcum ; elle n'est pas grande.

Appendicectomy. — Nous rappellerons ici en ce qui concerne la section du méso qu'il ne faut jamais le couper au ras de l'appendice, car ainsi on risque de sectionner un diverticule et d'en laisser une partie dans le moignon du méso. ce qui serait une cause d'infection. (Elbe).

Les chirurgiens anglais dissèquent souvent le méso de façon à lier l'artère directement ; leur exemple n'est pas suivi en France : c'est là une complication opératoire qui nous paraît bien inutile.

En cas d'appendice adhérent, *la section et l'ablation rétrograde* du vermium rendront de grands services. Ce point de technique est utile à connaître ; il n'offre qu'un ennui : la plus grande difficulté de l'hémostase du méso.

Traitement du moignon appendiculaire. — Plusieurs procédés ont été préconisés ; le plus ancien est la collerette séreuse de Trèves, antérieure à lui, et que presque tous les chirurgiens parisiens ont abandonnée après en avoir usé, il y a une dizaine d'années. Généralement on enfouit le moignon sous un surjet séreux ou dans une bourse cœcale. Walther fixe parfois au moyen des deux chefs du catgut qui lie la base de l'appendice une frange graisseuse iléo-cœcale sur le moignon ; ce procédé a l'avantage d'être simple. Ricard et quelques autres chirurgiens français ou américains n'enfouissent pas le moignon. Ricard, sur le grand nombre d'appendicectomies pratiquées ainsi par lui, n'a jamais eue le moindre incident. Il n'enfouit que si l'implantation est en tronc de cône, risquant de laisser glisser la ligature, ou s'il existe au niveau de l'implantation quelques lésions demandant à être enfouies. Cette façon de faire si simple raccourcit l'opération et en rend encore plus favorable le pronostic.

Fermeture de la paroi. — Ce temps a provoqué les recherches ingénieuses des chirurgiens : le désir de raffermir la paroi leur est commun : certaines incisions laissent les parois solides, telle celle de Mac Burney ; ici point n'est besoin de s'ingénier : un catgut réunit les fibres dissociées et la paroi est solide. Le Jalaguier a le gros avantage d'interposer entre les deux incisions aponévrotiques le muscle droit. Le Bec a encore perfectionné ce procédé en attirant

le fascia transversalis en arrière de l'incision aponévrotique postérieure qu'il renforce ainsi. Avec les incisions très minimales actuellement employées, cette recherche perd de sa valeur : l'incision de 3 centimètres ne donne pas d'éventration ; nous faisons donc la suture en un plan au catgut et nous n'avons jamais le moindre ennui de solidité de paroi : par-dessus cette fermeture au catgut, à points séparés, nous mettons trois agrafes ou trois crins sur la peau. Ce procédé si simple est pratiqué par Ricard ; il lui a toujours donné d'excellents résultats.

Durée. — L'opération ainsi pratiquée, sans aucun raffinement inutile, est vite terminée ; nous l'avons vue pratiquée souvent par M. Ricard en sept à huit minutes. Le choc opératoire est donc nul et le pronostic opératoire excellent.

Appendicite avec troubles gastriques. — Mahnert et Paterson conseillent au cas où il existerait des symptômes gastriques, de vérifier au cours de la laparotomie pour appendicectomie, l'état du pyllore, et, si l'on y voit une cicatrice d'ulcère, de faire une gastro-entérostomie.

Traitement de la ptose et de l'atonie. — Toute une série de chirurgiens allemands ou suisses rattachent, ainsi que nous l'avons vu, dans les formes cliniques de l'appendicite chronique pure, une partie des symptômes à la ptose cæcale ou à l'atonie cæcale. Il en découle une thérapeutique chirurgicale, visant non plus l'appendice, mais le cæcum, ou plutôt visant le cæcum plus encore que l'appendice. Mais tandis que les uns, voyant dans l'excès de mobilité du cæcum la grande cause du mal, fixent chirurgicalement celui-ci, d'autres, rattachant la plus grande partie des troubles intestinaux à l'atonie cæcale et celle-ci elle-même à l'excès de fixité de cet organe, le libèrent de ses adhérences. A cela près, tous sont d'accord pour déposséder l'appendice de ses méfaits.

Klemm attache une grande importance à la typhlotomie et à la typhloptose. Il croit que l'appendicectomie ne suffit pas ; il faut faire une typhloplexie ou de préférence une typhloplicature ; s'il existe de la ptose, Klose propose de faire une pexie intra-péritonéale aux fils non résorbables le long de la bandelette longitudinale externe

du cæcum. Wilms préconise la typhloplexie pour remédier à la mobilité et à la ptose consécutive à la dilatation. Hofmeister rend le côlon plus mobile, le dégage des lésions qui l'enserrent pour combattre la dilatation. Arbutnoth Lane croit que tous ces troubles de l'appendicite chronique viennent d'une large adhérence sous-iléo-cæcale et propose l'iléo-sigmoïdostomie. Mayo sectionne toutes les adhérences de l'iléon et du cæcum à la paroi. Chapple pratique l'iléo-sigmoïdostomie ou même la résection du côlon, Girard une large libération des adhérences, des lames péricoliques, résèque l'épiploon altéré et les ganglions malades, Hochenegg fait la coccopexie ou la coccoplicature, et, si l'appendice est douteux, l'enfouissement sous-séreux intra-cæcal.

Stierlin préconise, si le malade présente de la constipation, et par conséquent souffre de stase par cæcum mobile, de traiter cette constipation par l'anastomose iléo-colique termino-latérale avec exclusion du cæcum, rien que cela ! Pour Wilms, toutes les fois qu'on trouve au cours d'une appendicectomie un cæcum ayant plus de 12 centimètres de l'extrémité aux ligaments, on fait une cæcopexie ou une cæcoplicature.

Walther a coutume, lorsqu'il trouve en opérant un cæcum formant un volumineux cul-de-sac, avec grosses bosselures, de pratiquer une plicature, opération facile, rapide, sans risque. Il supprime ainsi un lieu de fermentation ; cette plicature rend un réel service aux malades.

Péricalite épiploïte.— Nous avons vu l'importance des lésions de péricalite et en particulier de l'épiploïte chronique. Il importe, si l'on veut faire une opération complète, de s'assurer de l'état du côlon ascendant, le libérer de ses adhérences pathologiques, réséquer l'épiploon malade, et aller vérifier l'état de l'angle droit du côlon, siège fréquent de coudures. Ne pas s'occuper de ces lésions serait une faute opératoire et exposerait le chirurgien à constater la persistance, après l'intervention d'une partie des troubles qui l'ont motivée.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

Les premiers jours, les soins n'ont rien de spécial ;

Le jour de l'opération, rien, on humecte seulement la langue ;

Le deuxième jour, on peut sucer de la glace ; les tisanes sont permises par cuillerées à bouche ;

Le troisième jour, on peut donner du bouillon de légumes ; il est important de ne laisser boire aux malades ni champagne, ni aucune boisson gazeuse :

On pourra ce jour-là mettre un suppositoire sans glycérine.

Le quatrième jour, l'on pourra autoriser quelques purées, quelques pâtes, quelques fruits cuits (si l'on a trouvé des lésions moyennées d'appendicite chronique pure) ;

On devra lavementer le malade : lavement peu abondant ; un à deux verres seulement d'eau bouillie pure ;

Le cinquième jour, même régime alimentaire que le quatrième ;

On purgera l'opéré avec 20 grammes d'huile de ricin.

Les jours suivants, on reprendra doucement et progressivement l'alimentation, suivant le régime prescrit dans le traitement médical.

Lever précoce. — Si le lever précoce n'a pas d'inconvénient au point de vue de la paroi (surtout avec les incisions si petites dont nous avons parlé), il est au contraire néfaste en ce qui concerne le côlon : celui-ci a besoin de repos. Ce repos est un élément de succès de l'opération ; nous devrions le recommander comme traitement médical, même en dehors de l'intervention. Le lever sera d'autant plus tardif que la còlite et le péricòlite seront plus intenses.

État des reins. — On devra, les jours qui suivent l'opération, surveiller l'état des reins : l'urobiline doit disparaître assez rapidement, l'indican plus lentement. On notera le taux quotidien des urines : une diminution de quantité sera un indice sérieux. Walther a vu dans un cas une hématurie passagère se reproduire deux fois après ingestion d'une tasse de lait.

Parésie colique. — « Dans certaines formes de còlite, on peut observer, dans les jours qui suivent l'opération, une distention douloureuse de l'intestin, avec constipation opiniâtre, arrêt d'émission des gaz, quelquefois vomissements, langue sèche, mauvais état général; ces accidents, souvent attribués à une occlusion intestinale ne sont d'ordinaire que la manifestation d'une infection intestinale intense. Le mieux en pareil cas est de laisser l'intestin au repos, de supprimer toute alimentation, de ne pas chercher à provoquer de garde-robes par des purgatifs qui ne font qu'aggraver la situation, de faire au besoin des lavages de l'estomac, et d'administrer de l'opium, soit par l'estomac, soit sous forme d'injection de morphine et au bout de deux ou trois jours, en général, l'état de l'intestin s'amende de lui-même. » (Walther).

Soins éloignés

Traitement de la còlite

On devra continuer le traitement diététique de la còlite; on devra, quand il existe une còlite tant soit peu intense, bien prévenir les malades qu'ils devront continuer à s'astreindre à un régime sévère pendant plusieurs mois, de trois à six, faute de quoi ils continueront à souffrir. C'est long, il est vrai, mais la guérison peut être promise à ceux qui savent obéir à ces prescriptions. Dix mois de régime valent mieux que des années entières de souffrances.

On instituera à côté du régime alimentaire, le traitement de la còlite par les massages, les douches, les bains, l'électricité.

On pourra enfin, après l'opération, permettre une station hydro-minérale qui n'aura plus les mêmes inconvénients et ne présentera pas les mêmes dangers qu'avant l'opération: Plombières, Châtel-Guyon, Vichy seront indiqués. Il faudra cependant ne les prescrire qu'avec prudence si la còlite est intense.

Ce traitement post opératoire de la còlite est essentiel: l'ignorer c'est s'exposer à des échecs répétés: les malades débarrassés de leur appendice continueront à souffrir; ils s'en étonneront et

incrimineront l'opération qui ne les aura pas guéris radicalement. Il importe donc de ne laisser subsister aucun doute dans leur esprit : l'opération est indispensable dans une foule de cas, utile dans les autres, mais dans beaucoup elle ne suffit pas ; elle est aussi impuissante dans les cas d'appendicite avec còlite que le traitement diététique le serait sans elle : enlever la cause de réinfection du còlon, c'est bien, mais ce n'est pas tout, il faut aussi nettoyer celui-ci. chose que l'on ne pouvait pas faire tant que l'appendicite entretenait les lésions de còlite.

Traitement général. — Il faut aussi reminéraliser les appendiculaires chroniques opérés : nous avons vu, Sergent l'a montré, que le régime, les ferments lactiques et les troubles intestinaux déminéralisaient l'organisme ; il sera donc bon de le reminéraliser ; on emploiera avec succès la méthode de Ferrier. Cette thérapeutique sera surtout indispensable dans les formes pseudo-tuberculeuses de l'appendicite chronique.

SUITES OPÉRATOIRES. — RÉSULTATS

Mortalité post-opératoire. — Elle est très minime : Lanz dit ne pas avoir eu un seul décès sur 700 opérations, d'autres accusent environ 0,5 0/0 de mortalité. Walther, qui a relevé avec conscience les observations de 1.453 malades opérés par lui (tous ses malades de ville du 1^{er} janvier 1901 au 1^{er} juin 1911 et ses malades d'hôpital du 1^{er} janvier 1906 au 1^{er} juin 1911) a trouvé 10 morts : 1 le huitième jour par urémie, 1 le dixième jour par scarlatine intercurrente, 2 le huitième jour par embolies, les autres par complications pulmonaires.

Embolies et thromboses. — Les phlébites post-opératoires sont de deux ordres :

1^o Les phlébites apparentes, presque toujours localisées aux veines superficielles du membre inférieur gauche ; généralement elles sont légères, sans gros cedème et durent peu ;

2^o Les phlébites latentes, plus fréquentes : elles ne sont déce-

lées que par la plus grave de leurs complications : l'embolie pulmonaire ; celle-ci est d'ailleurs très exceptionnellement mortelle : nous avons vu tout à l'heure que Walther n'en avait eu que 2 sur 1.453 opérations pour appendicite chronique pure ; le plus souvent, ce sont de petites embolies, souvent même elles sont si atténuées qu'elles passeraient inaperçues, n'était-ce un crachat rouge ou noirâtre isolé.

Sonnenburg a bien insisté sur ces thromboses et ces embolies post-opératoires et sur la part qu'on devait leur faire dans le pronostic de l'appendicectomie. Il est vrai, ainsi que le fait remarquer Walther, ces embolies attirent l'attention, parce que le malade, récemment opéré, est suivi de près par le chirurgien ; il y en a peut-être autant au cours des appendicites chroniques non opérées.

Parotidite. — C'est une complication très rare, et du reste sans gravité : généralement, il s'agit de parotidites bénignes, justiciables seulement de l'expression, non de l'incision.

Éventrations. — Faut-il dire qu'elle n'est guère à craindre dans une appendicite chronique de moyenne intensité, avec les incisions de 3 centimètres environ. Elle ne doit être prévue que dans les appendicites anatomiquement graves, bien que cliniquement atténuées qui peuvent nécessiter un drainage. Mais ces cas sont l'exception et l'on doit s'estimer, dans ces formes-là, très heureux d'être intervenu, malgré la discrétion de l'expression clinique, puisque celle-ci cachait des lésions graves, nécessitant absolument une intervention chirurgicale.

Adhérences. — Faut-il leur faire une place à part dans le pronostic de l'appendicectomie pour appendicite chronique pure ? Je ne le crois pas. Même quand l'on ne pratique pas l'enfouissement du moignon appendiculaire, l'on ne provoque pas par l'opération de formation d'adhérences. Celles que l'on retrouve après une opération sont presque toujours (l'histoire clinique du malade le montre) des adhérences inflammatoires antérieures à l'opération et non détruites au cours de celle-ci. Nous avons dit déjà qu'une opération bien conduite devait s'assurer de l'état des voisins de l'appendicite

faire leur toilette, selon l'expression de Walther. L'opération n'est complète et curatrice qu'à cette condition. Wiesner a vu apparaître cependant quatre semaines après une appendicectomie à froid, des crises douloureuses de còlite. L'examen radiographique après absorption de sous-nitrate de bismuth montra un diverticule cæcal créé par des brides post-opératoires que l'on rompit chirurgicalement. La guérison suivit cette seconde intervention.

Douleurs post-opératoires. — Elles sont de causes multiples :

1^o La plus fréquente de ces causes est *la còlite* non soignée après l'opération et persistant après elle ; nous n'insistons pas ici, réservant cette question pour la traiter avec plus de développement tout à l'heure.

2^o Une *poussée aiguë de còlite* survenant dans la convalescence de l'opération, ainsi que Silhol en a cité deux cas dans son rapport. C'est une des complications, qui, sans être grave, ennuie le plus le chirurgien ;

3^o Une *épiploïte chronique*, sur laquelle l'opérateur n'a pas porté son attention au cours de l'intervention ;

4^o Un *moignon appendiculaire enflammé*, chose rare ;

5^o Un *filet nerveux inclus dans la cicatrice* : Jalaguier a du deux fois réopérer ainsi des malades qui présentaient des douleurs tenaces et vraiment pénibles sur le tracé de leur incision ; la libération du filet nerveux inclus a guéri les malades ;

6^o Des *adhérences post-opératoires*, chose rare ;

7^o Une *névralgie iléo-lombaire* ;

8^o Une de ces *algies abdominales* mal déterminées qu'ont étudiées Lœper et M^{lle} Weil ;

9^o Une affection d'un organe voisin.

Entéro-còlite et opérations

L'entéro-còlite, même si elle est antérieure à l'appendicite ; même si elle en est la cause, ne guérit le plus souvent qu'après l'appendicectomie (cela ne veut pas dire, je le répète, que l'appendicectomie guérit la còlite, elle permet seulement de la guérir). Quant à

la còlite secondaire à l'appendicite chronique, elle guérit souvent après appendicectomie, surtout si elle n'est pas trop ancienne.

Les phénomènes principaux de la colite, ceux sur lesquels les malades attirent le plus volontiers l'attention des chirurgiens, sont la constipation et la douleur. Comment l'appendicectomie agit-elle sur ces deux manifestations? La constipation guérit le plus souvent si elle est seule, mais alors la còlite était extrêmement bénigne et récente. La douleur est plus rebelle; elle guérira d'autant plus facilement que le sujet est plus jeune. Elle demande à être soignée: les grands bains, pris de préférence dans l'obscurité et prolongés pendant une heure, le régime alimentaire et l'emploi des anti-spasmodiques, en particulier de la belladone, en viennent à bout. La belladone rend chez ces malades de très grands services; on devra, si le sujet est un grand nerveux, y associer du bromure, soit du bromure de potassium, soit du camphre monobromé et recommander au malade le calme le plus absolu.

Malgré les difficultés qu'il peut y avoir à apprécier tous ces éléments dans une statistique, M. Walther a essayé d'en dresser une: la voici:

A la Pitié, sur 58 opérés revus moins de cinq ans après l'opération, 42 étaient en parfait état: sur ces 42, 17 avaient subi une simple appendicectomie, 25 une appendicectomie avec résection épiploïque.

Quatorze de ces 58 opérés gardent des poussées de còlite et de péricolite (sensibilité notable du còlon à la palpation), 5 avaient subi une appendicectomie, 9 une appendicectomie avec résection épiploïque.

Donc sur 34 opérés avec còlite et péricolite, 23 étaient guéris, 9 gardaient de la còlite.

En clientèle de ville, sur 651 malades opérés depuis dix ans et revus:

Cinq cent quatre-vingt-un vont très bien sauf une légère sensibilité intestinale que gardent certains, quand ils font de grands écarts de régime.

Soixante-cinq ont un bon état général, mais un mauvais état intestinal (44 avaient de la còlite et 20 avaient un intestin douloureux sans còlite vraie).

Cinq avaient un mauvais état général et intestinal.

Sur les 581 malades guéris, 139 avaient au moment de l'opération de la péricolite.

J.-Ch. Roux a essayé aussi de dresser une statistique :

Sur 50 appendiculaires chroniques avec còlite presque tous, opérés par différents chirurgiens, 38 ont été revus.

Vingt-cinq étaient guéris ou très notablement améliorés.

Treize étaient stationnaires (còlon douloureux avec constipation), mais sur ces malades, deux seulement avaient eu une toilette colique et péricolique faites par les chirurgiens qui les avaient opérés.

Les symptômes généraux avaient toujours été guéris par l'opération, comme chez les malades de M. Walther.

De plus, J.-Ch. Roux constate aussi que les enfants guérissent mieux; car chez eux la péricolite est rare.

Résultats généraux

Broca et Barbet ont étudié chez 37 malades opérés aux Enfants-Malades de six mois à huit ans auparavant, les résultats généraux de l'appendicectomie. Leurs conclusions sont sensiblement les mêmes que celles de Walther et J.-Ch. Roux. On peut donc, en raison de leurs caractères schématiques, les citer ici, et ce sera la conclusion de cette étude des suites opératoires et du traitement chirurgical de l'appendicite chronique :

1° Les symptômes *généraux* sont considérablement améliorés : les malades engraisent, ils ont meilleure mine, souvent même les enfants présentent une véritable poussée de croissance à la suite de l'opération ;

2° Une bonne partie des *symptômes fonctionnels* est améliorée : les nausées et les vomissements disparaissent, les selles et l'appétit se régularisent, il n'existe plus de crissettes d'indigestion. Les douleurs cessent le plus souvent chez les enfants qui ont exceptionnellement de la còlite et de la péricolite ; elles persistent plus

souvent, bien qu'en somme rarement si le traitement médical est continué pendant quelque temps chez l'adulte ;

3° Les *symptômes physiques* disparaissent.

Donc guérison des troubles toxiques et infectieux, résurrection de l'état général, persistance dans un certain nombre de cas assez restreint de la còlite et de la péricolite.

CONCLUSIONS

L'appendicite chronique pure est l'histoire des étapes anatomiques parcourues par l'appendice vermiforme depuis le moment où il commence à être infecté jusqu'à la première crise aiguë, ou, s'il n'en survient pas, jusqu'à la sclérose de l'organe.

Ces étapes anatomiques se traduisent cliniquement par une série de formes, très nombreuses, mais pouvant être ramenées en définitive et le plus souvent à un petit nombre de types essentiels suivant que prédominent les caractères douloureux, les symptômes gastro-intestinaux, les phénomènes généraux.

Si, dans certains cas où aucune crise aiguë ne vient traverser l'évolution anatomique de l'appendice vers la sclérose, cette étape ultime ne fait guère courir de gros danger au malade, il n'en est pas de même des étapes du début, dont quelques-unes sont grosses de risques.

L'on ne doit pas alors s'attarder aux traitements médicaux ; la parole est au bistouri d'abord, mais celui-ci doit être secondé par une thérapeutique diététique sans laquelle le résultat serait souvent incomplet.

Vu : le Président de thèse,

LEGUEU

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBRECHT. — *a*) Ueber angeborene Disposition zur App. (Wiener Kl. Woch., 1908, n° 3. Commun. à la Soc. des médecins de Vienne, 10 janvier 1908); *b*) Ueber angeborene Lage, anomalies des Wurmfortsatzes (Wiener Kl. Woch., 1909, n° 10 p. 40).
- ALBU. — *a*) Mitteilung aus den Grenzgebieten der M. u. Ch., V, 17, n° 3 et 4; *b*) Beiträge zur Pathologie und Therapie der Blinddarmer Krankheiten, in Zentralblatt für die Grenzgeb. der M. u. Ch., 1909, n° 14; *c*) Soc. méd. int. Berlin, 18 mai 1908.
- ALEXANDER. — Comm. au XL^e Cong. Chir. all. Berlin, 22 avril 1911, in Zentralblatt für Ch., t. XXXVIII, n° 29, 22 juillet 1911.
- ALGLAVE. — *a*) Contrib. à l'anat. chirurg. et comparée du segment iléo-cæcal de l'intestin de l'adulte (Bull. et Mém. de la Soc. anat. Paris, t. IX, n° 124, 1907); *b*) Disposition vicieuse du côlon (Revue de Chirurgie, décembre 1904).
- ARBORÉ-RALLY (Catherine). — Une observ. d'ascarides lombricoïdes qui avaient provoqué des symptômes d'appendicite (Arch. de méd. des enfants, Paris, 1^{re} sér., t. III, n° 12, décembre, p. 738).
- APELT. — Névrite appendicul. et névrite ascendante consécut. à l'app. (Zentralbl. f. die Grenzgebiete der M. u. Ch., t. XII, n° 14, p. 529).
- ASCHOF. — Die Wurmfortsalzer Krankheit. Iéna, 1908.
- AUBOURG. — *a*) Radiographie de l'appendice sur le vivant (Presse méd., 28 mai 1910); *b*) les Résultats pratiques de l'examen radiologique du gros intestin (Journal de diététique et de bactériothérapie, n° 1, p. 4, 1912).
- AUSSET. — Les Vomiss. périodiques de l'enfance, leur parenté avec l'entéro-colite muco-membraneuse. Et. étiol. et pathog. (Bull. Soc. Pédiatrie, 20 nov. 1906, p. 346).
- AUSTIN. — Ulcère duodénal avec appendicite chronique (Medical Record, LXXVII, 23 avril 1910).
- AUVRAY. — A propos du diagnostic de l'appendicite (Journal des Praticiens, avril 1906).

- BACCARINI. — L'Appendicite chronique (Soc. méd. Ancône, déc. 1908).
- BARADOULINE. — L'Appendicite (en russe). Moscou, 1903.
- BARBING. — A Clinical lecture on appendicitis (Brit. Med. Journ., 10 janvier 1903).
- BARDON. — Quelques mots sur le rôle étiologique des maladies infectieuses dans l'appendicite. Thèse de Paris, 1903.
- BARKLEY. — Surg. Gyn. and Obst., juillet 1908.
- BARNSBY. — Appendicite, annexite ; coexistence des deux affections ; pathogénie, symptômes et traitement. Thèse de Paris, 1898.
- BARRETTE. — Soc. Chir., mars 1899.
- BARTH. — Volvulus provoqué par une appendicite (Sem. méd., août 1902).
- BASTEDO. — L'Épreuve de la dilatation colique dans l'appendicite chronique (the Amer. J. of the Med. Sciences, t. CXLII, n° 1, juillet 1911, p. 11).
- BAUMGARTNER. — Appendicite chronique chez une malade atteinte d'anomalie du gros intestin (gros intestin à gauche) (Comm. au XXV^e Congr. fr. Chir., oct. 1912, p. 639).
- BAZY (P.). — a) Soc. Chir., 11 juillet 1900 ; b) Soc. Chir., 17 février 1904
- BEAHAN. — The Relation of Appendicitis to diseases of the uterine appendages (Amer. Gyn. and Obst. Journal, 1901).
- BEAUSSENAT. — Appendicites expérimentales. Th. de Paris, 1898.
- BÉCLÈRE. — a) Soc. Méd. Hôp., 27 nov. 1903 ; b) Radiogramme représentant sur le vivant l'image de l'appendice ilio-cæcal. (Bull. et Mém. de la Soc. de radiol. méd., Paris, 12 oct. 1909).
- BÉCLÈRE et MÉRIEL. — Rapp. au XXV^e Cong. fr. Chir., 9 oct. 1912.
- BELL. — Corps étrangers de l'appendice vermiciforme. (Philadelphie médical. Journal, 15 nov. 1902).
- BÉRARD et VIGNARD. — Appendicite et traumatisme. (Lyon Chir., t. V, n° 6, 1^{er} juin 1911, p. 545).
- BÉRARD et VINCENT. — Appendicite perforée latente. (Soc. des sc. méd. Lyon, déc. 1908).
- BERNARD. — a) Côlites muco-membraneuses et appendicite, 1902 ; b) Rapp. de la côlite muco-membraneuse et de l'appendicite. (XIV^e Cong. méd. Madrid, 1903 et Bull. méd., 1903).
- BEURNIER. — Côlite muco-membraneuse et appendicite au cours de cette maladie. (Journal Praticiens 1900, t. XIV, 81-83).
- BEUTTNER. — Rev. med. de la Suisse romande, 1904, p. 132.
- BIALOKUR. — Ablation de l'appendice dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Gaz. Levanska, t. XXX, n° 41, 14 oct. 1911, p. 1109-1117).
- BITTORF. — Ueber pericolitis. (Mitteil ausden Grenzgeb. der Med. u. Ch. vol. XX, n° 1).
- BLACHER. — Appendicite chronique, forme atrophique, Paris, 1910.

- BLAKE. — Malposition of the appendicitis as a cause of fonctionnal disturbance. (Ann. of. Surg., septembre 1905, p. 394).
- BLANCHARD. — a) Acad. med. 3 juillet 1906 ; b) L'appendicite et la typhlocolite sont très fréquemment des affections vermineuses. (Arch. de parasitologie, 1906, t. X, n° 3, p. 405).
- BLAND SUTTON. — Trans. clin. Soc. of. London, 1894, vol. XXIV, 122.
- BOAS. — a) Ueber Diagnose und Therapie der chron. Perityphlitis. (Deutsch med. Wochensch., 1905, n° 27) ; b) Etiologie et pathogénie de l'appendicite. (Soc. de méd. int., Berlin, 18 mai 1908).
- BOBROFF. — Traitement chir. de l'app. (Mediz. moko obereine, 1896, n° 16).
- BÆSC. — App. chron. simulant un néoplasme (the Journal of the Amer. Med. Assoc., 2, LX, n° 25, 17 déc. 1910).
- BONJOUR. — Adénopathie périappendiculaire. Paris, 1902.
- BONNET. — Appendice inclus dans la terminaison du mésentère. (Rev. de chir., 1907).
- BORD. — Soc. Biol., 16 nov. 1907.
- BOUGLÉ. — L'app. tuberculeux (Arch. gén. de méd. 1903, t. I, p. 263).
- BOURCART. — Le Massage vibratoire manuel dans les appendicites (Revue méd. de la Suisse romande, 20 oct. 1906).
- BOVIS (de). — Appendicite des gens âgés. (Soc. méd., 24 mai 1905).
- BREITMANN. — Contrib. à l'étude de l'app. (Prakh. Vrach. juillet-août 1909).
- BRIGGS. — The extraperitoneal relations of the app. vermiformis to the posterior surface of the cæcum (Med. New-York, juillet 1904).
- BRIN. — App. chron. d'emblée (Gaz. des Hôp., 1909, 6 et 13 mars).
- BRISSAUD. — App. fantôme. (Soc. méd. Hôp., 19 mars 1897).
- BROCA. — a) Soc. Pédiatrie. Londres, 1906 ; b) Presse médicale, 1906, p. 762 ; c) Presse méd., 1908, p. 505 ; d) Tribune méd., 1906, p. 293 ; e) Soc. chir., juillet 1906 ; f) Soc. chir., 27 mars 1907.
- BROWN, ENGELBACH et CARMAN. — Ét. anat., path. et clin. des lésions englobant l'app. et l'uretère droit (the Journal of the Amer. med. Assoc., t. LIV, n° 19, 7 mai 1910, p. 1491).
- BRUMPT et LECÈNE. — Un cas d'app. vermineux : prés. d'oxyures dans la paroi de l'appendice (Soc. méd. Hôp., 5 février 1909. Bull., p. 215).
- BRUN. — a) Presse médic., 10 mai 1897 ; b) Presse méd., 30 mars 1898 ; c) Soc. Chir., 11 mai 1900 ; d) Tr. mal. enfance.
- BRÜNING. — Sur l'app. traumatique (Arch. f. Klin. Chir., 1908, t. LXXXVI, fasc. 4, p. 907).
- BRUNON. — App. chron. et tuberculose (Bull. méd., n° 88, 1911).
- BRUNSWICK et BIHAN. — Soc. Chir.
- BULL. — Observ. sur l'app. chron. à rechutes (New-York Med. Record, mars 1903).

- BURCKHARDT. — Ueber die Entstehung lindseitigen Symptome bei Perityphlitis (Münch. med. Wochenschr., 11 déc. 1906, p. 2440).
- CABOT. — A case of relapsing appendicitis in which the append. was removed in an interval betwan the attacks with recovery (Boston med. surg. Journal, 1891, CXXIV, n° 357).
- CAGNETTA. — Sur une formation particulière (Virchow's Arch., nov. 1909).
- CAILLAUD. — La Coexistence de l'appendicite chronique et de la hernie. Thèse de Paris, 1908.
- CANON. — Soc. méd. int. Berlin, 4 mai 1908.
- CARLES. — Sur quelques cas de dyspepsie appendiculaire (Journal méd. Bordeaux, 1909, t. XXXIX, n° 16, 18 avril).
- CHAMBARD. — Contrib. à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de l'app. Thèse de Lyon, 1899.
- CHAPUT. — Soc. Chir., 26 déc. 1906.
- CHARRIN. — Cours du Coll. de France, 1903-1904.
- CHASE (Ch.). — A new test for the differencial diagnosis of appendicitis (J. of. the. Amer. Med. Assoc., 22 fév. 1908, p. 6105).
- CHAUVEL. — Ac. méd., 3 nov. 1903.
- CHAVANNAZ. — Pseudo-myxome péritonéal d'origine app. (Soc. Chir. Paris, 21 avril 1909. Bull., p. 459).
- CHEINISSE. — a) Sem. médic., 1904, p. 33-35; b) De la prétendue épidémicité de l'appendicite (Sem. médic., mars 1906); c) Appendicites fantômes (Sem. médic., n° 1, p. 5, 5 janvier 1910).
- CHEVALIER. — Appendicite pelvienne. Thèse de Paris, 1900.
- CHEVASSU-PÉRIGNY. — De la fréquence de l'app. chr. Thèse de Paris, 1909.
- CLARK. — Unsettled question in abdominal Surgery (Amer. J. of. Obstetrics. New-York, mai 1904, p. 581).
- COMBY. — a) Forme fruste chronique (Sem. méd., nov. 1903); b) Un cas instructif (Soc. méd. Hôp., 26 mars 1905); c) Soc. méd. Hôp., 13 juillet 1906, p. 805; d) ibid., 5 juin 1908, p. 845; e) App. chron. chez les enfants (Arch. de médecine des enfants, avril 1907); f) Vomiss. cycl. chez les enfants (ibid., oct. 1909); g) ibid., juin 1910; h) App. chr. chez les enfants (Archiv. f. Kinderheilkunde, vol. L).
- CONDAMIN et VORON. — Contr. à l'étude des pseudo-app. (Arch. provinc. de chir., mai 1900).
- COOPER. — Invagination complète de l'append. dans le cæcum (the Lancet, janvier 1911).
- CORDES. — La Typhlité primitive (Beitr. zur klin. chir., juin 1909).
- CORNIL. — Typhlocolite et appendicite, juin 1906.
- COTAR. — Des Appendicites larvées. Thèse de Paris, 1901.
- COUTEAU. — Soc. Chir. Paris, 1908.
- CRAMER. — Studies of the patogenesis of app. (Ann. of Surg., juin 1902).
- GROSSEN. — a) Forme trompeuse d'affection chez la femme (Surg. Gyn.

and Obst., août 1910, t. XI, fasc. 2, p. 195); *b*) Péricolite pseudo-membraneuse (Surg. Gyn. and Obst., t. XIII, n° 1, juillet 1911, p. 32).

CROUSE. — Tumeurs et kystes de l'appendice (Surg., Gyn. and Obst., t. XI, n° 5, nov. 1910, p. 457).

CRUCHET. — VII^e Cong. franç. médec. internat. Paris, oct. 1904.

CZERNY et HEDDAENS. — Beitr. zur Path. und Ther. der Wurmfortsalzer entzündung (Beitr. zur Klin. Chir., vol. XXI, n° 2, 1898).

DAVIS (G.-G.). — A transverse incision for the removal of the appendix (Ann. of u. Surg., janvier 1906).

DAWSON. — The Brit. Med. J., 1909.

DEAVER. — *a*) Philadelphie med. News, juin 1894; *b*) New-York med. J., 15 juin 1907.

DELADRIÈRE et GANDIER. — App. chron. gros intestin (Soc. méd. du départ. du Nord, déc. 1910).

DELADRIÈRE. — Des relat. de l'app. et des affect. des annexes (Cong. franç. Chir., 1907).

DELAUNAY. — Soc. Chir. Paris, nov. 1909.

DELBET (Pierre). — App. et salpingite (Clin. Hôtel-Dieu, 1899).

DELBET (Paul). — *a*) Soc. anatom., 25 mai 1906; *b*) Sem. méd., 21 nov. 1905.

DELION. — App. et diathèse d'auto-infection. Thèse de Paris, 1903-1904.

DENUCÉ. — App. chron. foie appendic. (Gaz. hebd. des Sc. médic. Bordeaux, 1909).

DERAUNAIS DE GUERMARQUER. — L'App. parasitaire. Th. de Paris, 1905-1906.

DESCOMPS (Paul). — App. chron. et épiploïte (Mém. de méd. d'or non publié, 1905-1906).

DÉVARÈS. — Rech. sur l'app. Thèse de Paris, 1913.

DIEULAFOY. — *a*) Toxicité de l'appendicite (Acc. méd., oct. 1898); *b*) *ibid.* 28 février 1899; *c*) *ibid.*, 10 avril 1900; *d*) Clin. médic. Hôtel-Dieu, 1903; *e*) App. et cholécystite (Pr. méd., juin 1903); *f*) Typhlocolite (Journal des Praticiens, avril 1906); *g*) Typhlocolite et app. (Acad. méd., 29 mai 1906); *h*) Leç. clin. Hôtel-Dieu, 1907.

DODEUIL. — Tuberculose et app. Thèse de Paris, 1906.

DORMOY. — App. à forme pelvienne. Thèse de Lyon, 1897.

DRAKONOW. — Ueber Blinddarmentzündungen bei Personen mit entferntem Appendix. Centralbl. f. Ch., 1902.

DREYER. — A propos du cæcum mobile (Beitr. zur Klin. Chir., t. CXXV, fasc. 2, août 1911).

DUBOIS. — App. et hystérie. Thèse de Paris, 1900.

DUVERGEY. — *a*) Ses adhérences douloureuses consécutives à l'appendi-

- cectomie (Prov. méd., 1908, n° 31); *b*) App. chron. à forme obstructive, Bordeaux, 1909.
- DURET. — App. et entérocolite (Pr. méd., 1906).
- EBERHARDT. — Appendizektomie bei gynäkologischen Operationen (Allgem. aërztl. Verein zu Köln., 15 et 21 janvier 1906, in Münchn. med. Woch., 8 mai 1906).
- EDEBOLS. — Wanderniere und App.; deren häufige Koexistenz und deren simultane operationen mittels Lambalschnitt (Centralbl. f. Gyn., 8 oct. 1898).
- EDEBOHLS. — The relations of movable kidney and App (New-York med. Record, 1899).
- EHRMANN. — App. chr. et entérocolite. Thèse de Paris, 1903.
- ELBE. — Kystes et diverticules de l'app (Beitr. zur Klin. Chir., t. 64, fasc., 3 oct. 09).
- ELLIOT. — Excision of the vermiform appendix (Amer. J. of the 3 c. méd., 1891).
- ERDHEIM. — Ueber App. und ihren Zusammenhang mit Traumas (Wiener med. Presse 1902, n° 32).
- ERDMANS. — Pin-Worms in the App. (Med. Record New-York, 63, n° 16).
- EWALD. — *a*) Die App. larvata. (Deutschen Chir. Kongress. Berlin, 1899); *b*) Dyspepsie appendiculaire (The Brit. med. J., 5 mars 1910).
- FABER. — App. oblitérants. In Mitteil. aus den Grenz geb. du Med. et Chir.
- FAISANS. — *a*) La véritable cause de l'app (Soc. med. Hôp., 24 mars 1899); *b*) De l'app. chr. simulant la tuberculose (Soc. méd. Hôp. janvier 1911); *c*) id. — (Bull. méd., février 1911).
- J. L. FAURE. — A propos de l'app. (Pr. med., 15 août 1906).
- FENVICH. — La Valeur clin. de l'hypersécrétion gastrique et ses annexions avec une affection latente de l'app. (Th. Lancet, 12 mars 1910, t. 178).
- FERRY. — Et. clin. sur les adénopathies périappendiculaires. Paris, 1906.
- FINKH. — Deutsch. Naturforscherversammlung in Salzburg, 1909.
- FISCHL. — Typhlitis nach. Amputation des Wurmfortsatzes (Prager med. Ch., 1909).
- FISCHLER. — *a*) La Typhlätomie comme type clinique et ses rapports avec l'app. (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Ch. 1909); *b*) La typhlätomie (Soc. de méd. Heidelberg, 10 juin, 1909); *c*) La typhlätomie (dilatation du cæcum), maladie idiopathique; ses relations avec l'appendicite. (Münchner med. Woch., n° 37, 14 sept. 1909); *d*) De la typhlätomie (dilatation du cæcum) et de ses rapports avec les états pathologiques analogues (App. chr.,

- typhlectasie, cæcum mobile, torsion chr. du cæcum) (Münchener med. Woch., 6 juin 1914).
- FLORDES. — Ueber primäre Typhlitis (Beitr. zur Klin. Chir.).
- FOURNIER. — Soc. de dermat. et syph., 11 avril 1904.
- FRANCINI. — L'App. Milan, 1914.
- FRANKE. — *a*) Ueber einige chirurgische wichtige Komplikationen und Nachkrankheiten der Influenza (Mitteil. aus den Grenzgeb. der M. u. Ch. 1900. V. p. 282). *b*) Ueber pseudo-appendicitis (nervosa). (Arch. internat. de Chir. 1904 I, 2 et 4); *c*) Sur le bactériel de l'app. aigüe et chr. (Deutsche Zeitschr. f. Chir., déc. 1908); *d*) Thèse de Rostow, janvier 1909; *e*) Un cas de fistule (Münchener med. Woch., mai 1910).
- FRANKEL. — Die App. in ihrer Beziehungen zuden Erkrankungen der weibl. Sexualorg. Samml. Klin. Vertr. Leipzig, 1901.
- FRASCELLA. — Un caso d'app. acuta paragastrica (Contrib. an. patogen. e clin. alle dislocazioni app. il Peliclinico, sez Chir., 1908).
- FREDET. — Sur l'anat. du cæcum et de l'app. (Bull. Soc. anat. Paris, n° 3, 1905).
- FÜRBRINGER. — Soc. méd. int., Berlin, 18 mai 1908.
- GALLENGA. — L'app. chr. (Gazetta degli osped. et delle clin., juin 1909).
- GALLIARD. — *a*) Tr. médec. Gilbert et Thoinot; *b*) Fièvre hectique jugulée ch. une tuberc. p. ablat. de l'app. (Soc. méd. Hôp., 4 mars 1904 et suiv.).
- GALLI-VALERIO. — Sur un cas d'app. avec oxyures verm. et Trichocéph. trich. (Centralbl. f. Baktir., 1903).
- GANDER. — Ps. app. à ascarides (Revue méd. Suisse romande, 20 déc. 1909).
- GARAN. — Le point de Mac Burney et le point de Lanz (Lyon Chir., mai 1910).
- GAUCHER. — Pr. médic., 13 avril 1904 (comm. à l'Acad. méd.).
- VON GENSER. — Eingewerdewurmer bei App. (Wiener med. Woch., 11 mai 1901).
- GÉRARD-MARCHAND. — Adénites..., Soc. Chir., 1900.
- VON GESSLER (Th.). — Anal. dans Sem. médic., 1901, p. 150.
- GHON et NAMBA. — Sur la pathog. de l'app. (Beitr. zur patholog. Anat. u. allgem., Path., t. LII, fasc. 1).
- GILBERT et LIPPMANN. — Microbisme normal de l'appendice (Pr. méd., 1906, p. 199).
- GIRARD. — Sur le traitement chirurgical de l'appendicite chronique (Soc. méd. de la Suisse romande, oct. 1910).
- GIRARD. — *a*) Rôle des trichocéphales dans l'infection de l'app. iléo-cæcal (Ann. de l'Inst. Pasteur, 25 juin 1901); *b*) Présence de deux trichocéphales dans l'appendice iléo-cæcal (Soc. Biol., 15 mars 1901).
- GLANTENAY. — App. oblitérante atrophique (Pr. méd., 16 avril 1898).

- GLÉNARD. — Sur l'app. et l'entéro-colite (Ac. Méd., 20 avril 1897).
- GLUCKSMANN. — Les états de congestion de la sphère génitale de la femme et l'app. (Soc. méd. Berlin, 19 juin 1907).
- GODECKE. — Contr. à l'étude de l'app. latente avec sympt. d'iléus dans le jeune âge (Deutsche zeitschr. f. Chir., nov. 1908).
- GOEBELL. — Comm. an XL Congr. Chir. Berlin, 22 avril 1911, anal. in Zentralbl. f. Chir., (22 juillet 1911, t. XXXVIII, n° 28).
- GOLDSCHWEND. — Hydropisie de l'app. ; considér. sur la question des pseudo-myxomes du péritoine (Wiener Klin. Woch., t. XXII, n° 49, 9 déc. 1909).
- GOLOUBOW. — *a*) Note sur l'épidémicité des app. (Prakt. Vrach, 19 juillet 1903); *b*) Die App. als eine epidem. infect. Erkrankung (Berl. Klin. Woch., 14 janvier 1897).
- GORGES. — La Typhlite primitive (Beitr. zur Klin. Chir., t. LXIII, fasc., 3 juin 1909).
- GORDON (M^{lle}). — L'app. chez l'enfant. Thèse de Paris, 1908.
- GOTTSTEIN. — Les Diverticules de l'app. (Soc. Chir. Breslau, 14 juin 1911).
- GOUGET. — Soc. Biol., 8 juillet 1899.
- HABERER. — *a*) Diagn. des app. chr. (Pr. méd., 1908, p. 88); *b*) App. chr. adhésive (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. chir. vol. 18. 1908.)
- HALLER. — *a*) Des épiploïtes chron. Thèse de Paris, 1912; *b*) Examen radiolog. de l'angle cæcal droit et des segm. voisins du gros intestin dans les épipl. chron. en rapport avec l'app. et la cõlite chron. (Comm. du 25^e Congr. de Chir. oct. 1912.)
- HAMIG. — Beobacht. Über Perityphl. an der Züricher Chirurg. Klinik während der zwei Decennien 1881-1901 (Beitr. z. Klin. Chir. 1901, XXXI, 1.)
- HANSEMAN. — *a*) Etiologische Studien über die Epityphlitis (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. chir. 1903, XII, 4); *b*) Etiologie et pathogénie de l'appendicite (Soc. de méd. int. Berlin, 30 mars 1908); *c*) id. (ibid., 18 mai 1908.)
- HARNSEN. — Un cas d'affection rare de l'appendice (Comm. de la Soc. des Chir. russes de Moscou, 17 janvier 1911 in Chiranguitchesky Archiv. Veliaminova, t. XXVII, n° 3, 1911.)
- HARTE. — Cancer primitif de l'ap. (Congr. de l'Assoc. Amér. de Chir. Richmond, mai 1908.)
- HARTMANN. — *a*) App. et entéro-colite. (Revue gén. des Sc. 1905); *b*) App. et annexite (Ann. de gynéc. et obst., février et mars 1908.)
- HARWEYHING. — Le Trait. de l'app. chron. par les courants de hautes fréquences (Medical Record, t. LXXIX, n° 2, 1911.)

- HARWKINGS. — The reality of entérospasm and its mimiery of appendicitis. (Brit. med. J., 13 janvier 1906.)
- HAUSSMANN. — *a*) Sur le cæcum migrateur (Deutsch Med. Woch., 20 oct. 1910) ; *b*) Beitrag. zu den Lagenanomalie des Darmes (Zentralbl. f. Chir., 1900, p. 19.)
- HAYEM. — Soc. Méd. Hôp., 26 mars 1897.
- HEAD. — Cité par Lejars, in Sem. médic., 1908, n° 11.
- HERMING. — Péritonite perforante appendiculaire post-traumatique (Deutsch. Med. Woch., 22 déc. 1904.)
- HERGOTT. — App. et accidents. (Revue médic. de l'Est, Nancy, 1900.)
- HERHOLD. — Primare Typhilis. (Deutsch Med. Woch., t. 37, n° 4, 26 janvier 1911.)
- HÉRISSON. — App. tuberculeuse (Gaz. des hôp., 14 avril 1906, n° 44.)
- HERMES. — *a*) Erfahrungen über Veränderungen der Wurmfortsatzes bei gynäkologischen Erkrankungen. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig, avril 1903, t. LXVIII ; *b*) Ueber einge Beziehungen der App. Zu den Erkrankungen der Weiblichenorgane. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Leipzig. t. 4.)
- HERTZ. — Abnormitäten in der Lage und Formder Bauchorgane. Berlin, 1904.
- HEUSNER. — Ueber die Anlegung der Schnitte bei den Bauchoperation. (Munchnen Mediz. Woch., 10 avril 1904.)
- HEYMERNOVITCH. — Un cas de diverticule kyst. dans la mésentère de l'app. (Charkovsky meditzinsky Journal, t. XII, n° 5, déc. 1911.)
- HIPPIUS et LEWINSON. — Oxyures d'app. (Deutsche med. Woch., 1907, p. 1780.)
- HOCHENEGG. — Ueber die Indikation sur Appendextomie beim illeocöcal-schmerz. (Wiener Klin. Woch., 1905, n° 51.)
- HOLLANDER. — Soc. médecine interne. Berlin, 4 mai 1908.
- HOPPE-SEYER. — Ueber Erkrankungen des Wurmfortsatzes bei chronischer amaeber enteritis (Münich. med. Woch., 1904, n° 15).
- HUBBARD. — Intestinale parasites in app. (Boston med. and surg. Journal, 1903, vol. 149, p. 623).
- HUCHARD. — Typhocolite et app. (Acad. méd., 3 juillet 1906).
- HUNTER ROBB. — Inflammatory conditions of the app. accidentally Croughr fo light in pelvic opération. (Transactions of the Amer gynæk. Society Philadelphie, 1905, t. 30).
- JABOULAY et BONNET. — Soc. nat. de méd. Lyon, 21 déc. 1906.
- JACKSON. — Péricolite membran. (Surg., gyn. and obst., t. IX, n° 3; sep. 1904).
- JACQUEMIN. — App. herniaire. Th. de Paris, 1905.
- JALAGUIER. — *a*) Soc. chirurgie, vol. IV, 1898. Paris ; *b*) Procédé opératoire (Pr. méd., 1897, n° 10) ; *c*) Soc. chir., 14 février 1900 ;

d) Indicat. thérap. de l'app. chron. (Congrès internat. médecine, Paris, 1900) ; *e*) Invagination iléo-cæcal. (Acad. méd., 14 avril 1903).

JEANBRAU et ANGLADA. — Soc. Chir., 20 mars 1907.

JÉRUSALEM. — Ueber beschneider nact appendectomie und derem behandlung. (Med. Klinik, 1910).

JOHNSON. — Appendicite av. ap. on position anormale. (Soc. Chir. New-York, 26 février 1908, in *Annales of Surgery*, juillet 1908, t. XLVIII, n° 1).

JOSUÉ. — Soc. Biol. 3 mars 1898.

JOUGLAND. — Phlébite dans l'app. Thèse de Paris, 1901-1902.

JULLIEN. — Coliques app. et vers intestinaux. (Dauphiné méd., Grenoble, vol. XXV, n° 9, sept. 1901).

JÜNGST. — Trauma. méd. app. chr. (Breittrage f. Klin. Chir., t. XXXIV, 1902).

KAREWSKI. — *a*) Ursache Verhütung und betandlung des perityphl. Anfalls. (Deutsche med. Woch., n° 20-21, 1905) ; *b*) Soc. médecine berlisoise, 4 mai 1908.

KAUFFMANN. — Thèse de Paris, 1908.

KELLI et HURDON. — The vermif. app. and its diseases. Philadelphie, 1905, p. 485.

KELLING. — Ueber die Sensibilitat... (Arch. f. Verdanugs Kranbeden, 1905).

KELLY. — *a*) Débuts de l'histoire de l'app. en France (Soc. chir., 10 juin 1903) ; *b*) Carcinome primitif et endothéliom de l'app. (the Amer. J. of the Méd. Assoc., 1908).

KIRBY. — Cité in sem. méd., 1902, n° 39.

KIRMISSON. — Soc. Chir., 1908, p. 958.

KIRMISSON et GUIMBELLOT. — App. ch. le nourrisson (XV^e Cong. internat. médec. Lisbonne, 1906, in *Pr. méd.*, 1906, p. 285).

KLAUBER. — Die Ätiologie der App. (Münchn. med. Woch., 1909, n° 9).

KLECKI. — *a*) Wiener Klin. Wochenschr., 1894, n° 35 ; *b*) Ann. de l'Inst. Pasteur, 1899, p. 489.

KLEMM. — *a*) De l'app. chr. sans grise, ses relat. av. l'atonie du cæcum, le cæcum mob. et les états similaires (Arch. f. klin. chir., t. XCV., fasc. 3, 1911) ; *b*) Ueber die chronische Form des App. Krankung (Med. chir. Ctrtlbl. Wien., 1900) ; *c*) Ueber des chronische Anfalls freie App. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. en Chir., vol. XVI, 1906) ; *d*) Beitrage zur Pathologie und Therapie der Blinddarmer Krankungen, ibid.

KLOSE. — *a*) Le cæcum mobile (Beitr. z. klin. chir., t. LXIII, 3 juin 1909) ; *b*) Torsion du cæcum mobile (Münchner med. Woch., t. LVII, n° 7, 1910) ; *c*) Comm. au LX^e Cong. all. de Chir. Berlin, 19-22 avril 1911, in *Zentralbl. f. chir.*, t. XXXVIII, n° 29, 22 juillet 1911) ; *d*) Le cæcum mobile, ses conséq. et le trait.

- chirurg. des ptoses du tube dig. (Beitr. z. klin. chir., CXXIV, juillet 1911).
- KOCH. — Anomalies congén. de situat. de l'intestin humain (Deutsche Zeitschr. f. chir. Vol. L, n° 1, 1899).
- KETNEY. — Pr. méd., 1909, p. 246.
- KORTE. — XL^e Cong. chir. all. Berlin, 19 22 avril 1911, in Deutsche Zeitsch. f. Chir., 38, n° 29, 22 juillet 1911.
- KOWETZNY. — Diverticules acquis de l'appendice (Münchener med. Woch., nov. 1909).
- KRÖNIC. — Einige Beziehungen des Appendizitis zu den weiblichen Geschlechts-organe (Verein Freiburger Aerzte, in Münchner med. Woch., 12 juin 1905).
- KRÜGER. — a) Die Diagnose der Lage des Wurmfortsatzes in akuten Anfall und ihre Bedeutung. f. die Schnittführung (Deutsche Zeitschr. f. Chir., XCI, 1^{re} février 1907); b) Die App. und ihre Beziehungen zu den weiblichen Genitalien (Deutsche Zeitschr. f. chir., t. XLV, 1897).
- KUDO. — Cancer primitif de l'app. (Zeitschr. f. Krebsforschung., 1908, t. XI).
- KUKULA. — Arch. Bact. Mediz. chir., t. VII, 1906, fasc. 5 et 6.
- KÜTTNER. — Ueber epityphlitis-ähnliche Krankheitsbildern ohne nachweisbare Veränderungen der Bauchorgane (Beitr. z. klin. Chir., 1906, LI, 1).
- LAFFORGUE. — Rech. anat. sur l'app. vermicul (Jour. d'anat. et de physiol., 1893).
- LANCEREAUX. — Acad. Méd., 24 mai 1906.
- LANE. — a) Influence des coutures de l'intestin sur la product. de la stase intest. chr. (The Brit. Med. J., n° 2625, 22 avril 1911); b) The operative Traitement of the chronic constipation. Nisbey and Co, édit. Londres, 1909.
- LANG et TAVEL. — Bactér. de l'ap. (Revue de Chir., 1904, n°s 7 et 8).
- LANGENHAGEN (de). — a) De l'entéro-colite muco-membr. (Sem. médic., 1898, p. 2); b) Sur l'évolution et la pathogénie de l'entéro-colite muco-membr. (Pr. méd., 2 avril 1910); c) XIII^e Congr. internat. des Sc. médic. Paris, 1900.
- LANNELONGUE. — a) Bull. méd., 1902, p. 53; b) Ibid., 1907, n° 30; c) Pr. médic., 1907, p. 328; d) Acad. Médec., 30 juin 1902; e) De la toxicité urinaire des app.
- LANZ. — a) Der Mac Burney'sche Punkt. (Zentralbl. f. Chir., 15 février 1908); b) Appendikostomie (Münchner und. Woch., 23 janvier 1906).
- LAPEYRE. — a) XV^e Congrès fr. de Chir., 22 oct. 1902; b) Volvulus du cæcum. (Arch. provinc. de Chir., février 1910); c) Résultats de

- l'intervention de l'app. compliquant la colite muco-membr. (Gaz. méd. Centre. Tours, 1903, VIII).
- LARDENNOIS. — *a*) Les ptoses du cæcum (Pr. médic., n° 45, 4 juin 1910 ; *b*) Soc. anatom., 13 mai 1910).
- LAUENSTEIN. — Münchner med. Woch., 5 avril 1904.
- LAUTERBACH. — Ein Fall von App. (Allgem. Wien. und Zig., 1902, p. 305.)
- LAVERAN et MATIGNON. — Acad. Médéc., 26 mars 1901.
- LE BEC. — *a*) Procédé opérat. d'append. à froid (Sem. médic., 8 mai 1907) ; *b*) Paris chir., 1911.
- LE BRAZ. — Tubercul. app. et app. Thèse de Paris, 1910.
- LECÈNE. — Soc. anatom. Paris, 1911 (Bull. et mém., n°s 5 et 6).
- LE DENTU. — Typhlocolite et app. (Acad. méd., 12 juin 1906).
- LEGENDRE. — *a*) Soc. méd. Hôp., nov. 1903 ; *b*) Soc. méd. Hôp., 3 nov. 1905 ; *c*) Journal des Praticiens, 17 mars 1906.
- LEGUEU. — *a*) Deux monographies sur l'app. (Collect. des connaissances. médic.) ; *b*) Clin. Hôp. Laënnec in Journal Praticiens, 1910, p. 709.
- LEGUEU et BEAUSSÉNAT. — Revue de Gynéc. et de Chirurgie abdom., mars 1908.
- LEJARS. — *a*) Typhlite et pérityphlite (Sem. médic., 9 mai 1906) ; *b*) Les points doul. appendic. (Sem. méd., 11 mars 1908) ; *c*) Les diverticules de l'app. (Ibid., n° 45, 1911) ; *d*) Soc. Chir., 10 février 1904.
- LEJARS et MÉNÉTRIÉR. — Divertic. de l'app. (Sem. médic., 1904, p. 334).
- LENGMOM. — Ueber App. larvata (Deutsch Aerzte Zeitung., 1902).
- LENHARTZ. — Congr. médic. Budapest in Pr. médic., 1909, p. 675.
- LERDA (Guido). — App. iléo-cæcal ectopique. (Pr. méd., 13 janvier 1912).
- LE ROY DES BARRES. — Lombrics et app. (Gaz. des Hôpit., n° 124, 27 oct. 1903).
- LE SUEUR. — Contrib. à l'étude anat. path. de l'app. chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1903.
- LETULLE. — *a*) App. et tuberculose de l'app. (Revue de la Tuberculose, 1905, n° 1) ; *b*) Ibid (Soc. Biol., 19 mai 1906) ; *c*) Lésions de l'épiploon dans l'app. chron. (Soc. anat. Paris, juillet 1899) ; *d*) Soc. méd. Hôp. Paris, 26 mars 1897.
- LETULLE et WEINBERG. — Histologie pathol. des app. (Soc. Biol., 31 juillet 1897 in-extenso dans Presse médic., 4 août 1897).
- LEUDET. — Arch. gén. de Médéc., 1899, t. II, p. 129.
- LEVEN. — Soc. méd. Hôp. Paris, 13 oct. 1911.
- LEVEN et BARRET. — *a*) Diagn. d'app. et radioscopie gastrique (Presse médic., 1909, n° 96) ; *b*) Soc. radiol. médic., 12 oct. 1909.

- LEVREY. — Du Rôle de l'épiploïte aiguë ou chron. dans l'app. Thèse de Paris, 1899.
- LIÉGAULT. — Diagn. d'app. chron. simulant la tuberculose pulmon. Thèse de Paris, 1912, n° 96.
- LIERTZ. — Sur la Situation de l'app. vermiforme (Archiv. für Klinischen Chirurgie, 1909, p. 55).
- LOCKHARD-NUMMERY. — L'Appendicostomie (The Practitioner, mai 1910).
- LOCKWOOD. — The relations hips belwen colites and app. (Brit. med. Journal, mars 1905).
- LÆPER. — *a)* Des Réact. leucocyt. génér. dans l'app. ; *b)* Leçons de pathol. digestive. Paris, 1911.
- LÆPER et ESMONNET. — *a)* Les Points douloureux de l'artère iliaque droite et les faux points appendiculaires (Bull. médic., 28 mai 1910) ; *b)* Algies sympathiques et hyperesthésies de l'abdomen (Presse médic., 23 août 1910).
- LÆVENHARD. — Complicat. génit. de l'app. chez la femme.
- LONGUET. — *a)* Trois cas d'appendicectomie pour dyspepsie appendiculaire (Progrès médical, 1902, n° 38) ; *b)* Dyspepsie append. et son traitem. chirurg. (Sem. médic., 4 juin 1902).
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *a)* Acad. méd., février-mars 1901 ; *b)* Ibid., 5 juillet 1904 ; *c)* Soc. Chir., 1901 (Bull. et mém., p. 16).
- LUXARDO. — La Strangurie appendiculaire (Gazetta degli osped., 13 oct. 1907).
- LYNN, THOMAS, RINGROSE, GARE. — Dyspepsie appendiculaire (The Brit. medic. J., 12 mars 1910).
- LYON (Gaston). — *a)* Traitement pathogén. de la douleur chez les dyspeptiques (Presse médic., 18 juin 1904) ; *b)* Pathogénie et traitement des névroses intestin. Paris, 1904 ; *c)* Traité élém. de Clin. thérapeutique, 8^e édit., 1911.
- LYONS. — Typhlitis (The Amer. Journal of Obstetr. and Diseases of Women and Children, janvier 1909).
- MAC BURNEY. — *a)* On appendicitis (New-York Medic. Journal, 21 déc. 1889, p. 678) ; *b)* The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new methode of operating (Annal of Surg., juillet 1894).
- MAC CARTHY et MAC GRATH. — Surg. Gyn. and Obst., t. XII, fasc. 3, mars 1911.
- MAC CURTIS. — Journal of the medic. Assoc., 1^{er} nov. 1888.
- MAC LAREN. — The relationship between dysmenorrhœa and app. (Ann. Gyn. Society, 1900, in Amer. and Gyn. Journal, 1900, t. XVII, p. 14).
- MAHNERT. — App. et ulcère d'estomac (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir., 1907, XVIII, 3).

- MALESTA. — Contrib. à l'étude des faux divertic. de l'app. (Il Policlinico, 1908, fasc. 2).
- MANTLE. — Brit. med. Journal, 11 juillet 1908.
- MARRE. — Les Réact. générales d'origine colique. Thèse de Paris, 1910.
- MARTIN-DUPAN. — App. chron. (Soc. médic. Genève, 17 juin 1909).
- MARVEL. — Has influenza been a causative factor in the increase of app. ? (Journal of the Amer. Méd. Assoc., 30 juillet 1904).
- MATHIEU. — *a*) Lithiase intestinale et lithiase appendiculaire, 31 mars 1896; *b*) Fausse appendicite par un tubercule sous-cutané douloureux (Gazette des Hôpitaux, 24 mars 1904).
- MATHIEU et MILLON. — Ét. sur quelques formes clin. de réact. coliques... (Arch. des mal. de l'app. digestif et de la nutrition, nov. 1909).
- MAUCLAIRE. — *a*) Clinique sur l'app. (Bull. méd., 30 sept. 1899); *b*) Gaz. des Hôp., 1904, n° 35; *c*) Cæcopiceture et cæcoplexie complém. (Arch. gén. Chir., 1910, n° 6).
- MAURIN. — Th. 1890.
- MAYET. — Soc. des Chir. Paris, 1913.
- MÉLIER. — Mémoires et observ. sur quelques maladies de l'app. iléo-cæcal (Journal de Médec. et de Chir., Paris, 1897).
- MÉNÉTRIER. — Append. vermineuse (Soc. méd. Hôp., 12 février 1909).
- MERKLEN. — App. grippale (Soc. médic. Hôp., 19 mars 1897).
- METCHNIKOFF. — La Pseudo-app. helminthiasique et son traitement (Acad. médec., 12 mars 1901).
- METZGER. — Syndrome de la colique append. larvée (Bull. méd., 24 juin 1905).
- MEYERSON. — Les Tumeurs inflam. de la paroi abdom. consécut. à l'app (Beitr. zur Klin. Chir., octobre 1908).
- MICHELSON. — Le Traitement de l'app. chron. (Saint-Petersbourg Medizinische Wochenschr., octobre 1910).
- MINTZ. — Ueber Erkrankungen nach Entfernung des Wurmfortsatzes (Zeitung f. Chir., 1903).
- MOHR. — Diagnostische Schwierigkeiten und differentialle Diagnose bei App. (Sammlung Klin. Vort. Leipzig).
- MONGOUR. — App. et entéro-col. muco-membr. (Journal de Médec. Bordeaux, 1909, n° 11).
- MONNIER. — Bull. offic. de la Soc. méd. arrondiss. Paris, 1902.
- MONOD. — Invaginat. de l'app. iléo-cæcal (Acad. Médec., 7 nov. 1905).
- MONTAIS. — Contrib. à l'étude de l'app. chron. Thèse de Paris, 1900.
- MORRIS. — *a*) Mac Burney's point and another point in appendix diagnoses (J. of the Amer. und. Assoc., 25 janvier 1908); *b*) Harmfull involution of the appendix (New-York Medical Record, avril 1907).
- MOSCHKOWITZ (L. et A.). — Zur Appendicitis frage (Arch. f. Klin. Chir., vol. LXXXII, n° 3).

- MOSTI.** — Sur trois cas de pseudo-appendicite en rapport avec la colop-tose (*Gazetta degli Ospéd. et delle Clin.*, sept. 1910).
- MOTY.** — *a*) App. latente (*Gaz. Hôpitaux*, 1902, p. 535); *b*) *Acad. Méd.*, 2 avril 1901.
- MOUKSA-BLAKE.** — The normal app. ; its lenght, its mesentery, its position or direction (*Boston med. Surg.*, 1902).
- MOYNIHAN.** — La Dyspepsie app. (*the British med. Journal*, 29 janvier 1910).
- MUMMERY.** — Colite chronique et son trait. chirurg. (*the Practitioner*, avril 1908).
- MUNCH.** — Ein Fall von Appendicitis Perforation in einem Schenkelbruch (*Correspondanzblatt f. Schweize Aerzte*, 1902, n° 8).
- MUËL.** — Thèse de Paris, 1912.
- NAZAROW.** — *Vratcheb. Gaz.*, 7 mai 1905.
- NEUMANN.** — *a*) Des rapp. de l'app. avec les traumat. (*Arch. f. Klin. Chir.*, LXII, 2); *b*) Pseudo-myxomatose du péritoine d'origine append. (*Soc. de Méd. Berlin.*, 5 déc. 1908).
- NIMIER.** — Des épiploïtes dans l'app. (*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris.* 1900, t. XXVI, p. 131).
- NOTHNAGEL.** — Pseudo-pérityphlite (*Wiener Klin. Woch.*, 13 avril 1899).
- NOWICKI.** — Anatom. Untersuchung über appendix u. appendicitis (*Virchow's Arch.*, vol. CXCIV, p. 175).
- OKINCZYC.** — Anat. chir. des côlons (*Trav. de Chirurgie anat.-clinique de Hartmann*, 3^e série, 1907, p. 90).
- OPPENHEIM.** — Zur Frage der Obliteration des menschlichen Wurmfortsatzes (*Frank furt Zeitsch. Path.*, vol. II).
- PANKOW.** — App. ch. la femme (*Beitrage fur Geburtshilfe und Gynæk.*, 1^{er} mai 1908).
- PARKER SYMS.** — Hernie crurale app. chron. (*Internat. Journal of Surg.*, 8 avril 1910).
- PATERSON.** — *a*) L'Association de l'ulcère duodénal et de l'app. (*the Lancet*, 14 janvier 1911); *b*) Gastralgie app. ou l'ap. comme cause de tr. gastr. (*the Lancet*, 12 mars 1910).
- PELLAT.** — Coexist. de l'app. et de la grossesse extra-utérine. Thèse de Lyon, 1908-1909.
- PÉRAIRE.** — App. et entérite (*Soc. anatom.*, 1909).
- PESQUEREL.** — App. chron. Thèse de Paris, 1899-1900.
- PETERSON REUBER.** — The relation of the appendix to pelvic disease based upon a clinical and microscopic study of 200 cases (*Amer. J. of Obstetr. New-York*, juillet 1904).
- PETIT.** — App. tubercul. (*Trib. méd.*, 1904, p. 5).
- PIED.** — Formes nerveuses de l'app. chron. (*Journal des Praticiens*, 24 février 1912).
- PILLET.** — Oblitér. de l'app. iléo-cæcal.

- PINARD. — Acad. médec., 6 mars 1900.
- PIQUINE. — Un cas de pseudo-myxome du péritoine par kyste de l'app. (Comm. à la Soc. de médec. de l'Hôpital d'Oboncheff, 14 mai 1910, in Roussky Vrach, 27 août 1911).
- PLETNEF. — Pseudo-appendicite consécut. à l'appendicectomie (Pr. méd., 1906).
- POLYA. — Zur Pathogen. der primären Typhlitis (Deutsch. med. Woch., 1905, n° 22).
- PONCET. — De la résection à froid (Gaz. hebd. méd. et chir. Paris, XLI, p. 614).
- PORTER MILES. — Colitis constipation and app. their etiology relations. (J. Amer. med. Chicago, 1900).
- POTHEBAT. — Soc. Chir., 17 février 1904.
- POUCEL. — Ascaris dans l'app. il.-cæcal (Marseille méd., 1904, p. 150).
- PRINCETEAU. — App. vermineuses (Soc. de Gynécol. et de Pédiatrie. Bordeaux, 12 avril 1910).
- PUJOS. — De l'examen systémat. et de l'ablat. de l'app. au cours des laparotomies. Thèse de Paris, 1904-1905.
- QUÉNU. — *a*) Soc. chir., 1^{er} avril 1903; *b*) Indications opérat. dans l'app. chron. (Soc. chir., 1^{er} et 15 juin 1892); *c*) Trait. de l'app. chron. (Journal des Praticiens, avril 1898).
- QUÉNU et CAVASSE. — Des Para-appendicites. (Bull. et mém. Soc. chir. Paris, 1900, p. 82).
- QUILLARD. — De l'app. ch. la femme. Thèse de Paris, 1900-1901.
- RAGAINÉ. — L'App. vermineuse. Thèse de Paris, 1905.
- RAILLIET. — *a*) Les Vers intestin. dans la pathol. infantile. Thèse de Paris, 1911; *b*) Sur les parasites de l'app. malade (Soc. Biol., 4 mai 1911); *c*) Sur l'emploi du thymol contre les parasites de l'app. (Soc. Biol., 17 mars 1911).
- RASTOUIL. — App. chron. Thèse de Paris, 1902.
- RECLUS. — *a*) App. et typhlocolite (Pr. méd., juin 1906, compte rendu *in extenso* d'une commun. à l'Acad. méd., 5 juin 1906); *b*) Bull. médic., 1904; *c*) Gazette hôpit., 1909, n° 119; *d*) Acad. méd., 16 et 30 mars 1897; *e*) Ibid., mars 1899.
- REDER. — The menstrual fonction; its influence upon chronic inflam. condit. of the app. (Amer. J. of. the Obstet. New-York, nov. 1907).
- RENDU. — *a*) Difficultés du diagn. de l'app. chez les hystériques (Gazette des Hôp., 6-13 avril 1897); *b*) Soc. méd. Hôp., 19 mars 1897.
- REYNÈS. — Complic. vésicales de l'app. (Congrès de Chirurgie, 1900).
- REYNIER. — Typhlocolite et appendicite (Acad. méd., 12 juin 1906).
- RIBBERT. — Beitræg. zur normalen und patholog. Anat. des Wurmfortsatzes (Virchow's Archiv., vol. CXXXVII).

- RICHELOT.** — *a*) Académie méd., 5 et 12 juin 1906 ; *b*) Ibid., mai 1907 ;
c) Ibid., 12 mai 1908.
- RIESE.** — *a*) Pyélit. et app. chr. (Langenbeck Arch. f. Klin. Chir., 1899,
n° 1) ; *b*) De l'hémorr. intestin. dans l'app. (Med. Klin., juillet
1910).
- RONNE.** — Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis
(Deutsche med. Wochensch., 1904, n° 44).
- RIOU.** — De l'app. chron. Th. de Paris, 1908.
- ROBIN.** — Acad. méd., 19 février 1901.
- ROMANOVITCH.** — Étude bactériol. d'un cas d'app. vermineuse (Soc. Biol.,
3 février 1911).
- ROSTOWTSEF.** — *a*) Sur l'épidémicité de l'app. et sur les rapports de
cette affection avec la grippe et avec d'autres mal. infect. (Roussky
Vratch, 22 et 29 oct. et 5 nov. 1905) ; *b*) Ueber die epidemische
Natur der Perityphlitis und deren Beziehungen zu Influenza
und anderen Infektionskrankheiten (Mitteil. aus den Grenzgeb.
der Med. u. Chir., 1906, XV, 5) ; *c*) La pérityphlite (en russe).
Saint-Pétersbourg, 1902, anal. in Sem. méd., 1903, p. 283.
- ROTTER.** — Erfahrungen über die chronische recidivierende Perityphli-
tis, etc. (Arch. f. Klin. Chir., vol. 67, n° 2).
- ROUTIER.** — *a*) Soc. Chir., 26 mai 1909 ; *b*) Ibid. (Bull. et mém., n° 13,
1904).
- ROUVILLE (de).** — Soc. Chirurg., 24 mai 1905.
- ROUX (de Lausanne).** — Indicat. thérapeut. — Congrès de Chirurgie, 1900.
- ROUX (J. CH.).** — Adhér. péricæcales et péricoliques, in Pathol. gastro-
intestin., de Mathieu et Roux, 3^e série, Doin, 1911.
- ROVSING.** — Indirektes Hervorrufen des typischen Schmerzes an Mac
Burney'sche Punckt (Zentralbl. f. Chir., 26 oct. 1907).
- ROWAN ET WELLS.** — Guérison de l'app. suppurée par la calcification
(Surg; Gynec. and Obsteta., octobre 1906).
- RUBIANI.** — App. chir. primit. (La Clinica chirurgica, juillet 1910).
- SABOURIN.** — A propos de l'app. simulant la tuberculose (Journal des
Praticiens, n° 33, 1912).
- SADSUKI.** — Beitr. zur normalen und pathol. Anatomie des Wumfort-
satzes. — (Mitteil. a. den Genzgeb. der Med. u. Chir., 1901.)
- SANTILLANA.** — Un cas d'app. d'origine vermineuse (Bull. Soc. des Sciences
médic. Tunis, 1903).
- SAUERBECK.** — Arch. f. Klin. Chir., 1909, p. 873.
- SCHAUMANN.** — Deutsche médiz. Woch., 1^{er} nov. 1900.
- SCHLANGE.** — Article App., in Handbuch der praktischen Chirurgie de
von Bergmann, von Bruns et von Mikulicz. vol III, p. 415.
- SCHMID.** — App. et grossesse (Mitteil. ans den Grenzgeb. der Med. in
Chir., 1911, t. XXIII fx. 3).

- SCHNITZLER. — Quelques erreurs dans le diagnostic et le traitement de l'appendicite (Wiener Klin. Rundschau, janvier 1910).
- SCHOUMSKY. — Contribut. à l'étude de l'app. dans les maladies infectieuses. Th. de Paris, 1909.
- SCHWANKHAUS. — Amer. Practitioners and. News. 1^{er} janvier 1901.
- SCHWARTZ (Anselme). — *a*) De l'app. chron. (Progrès médic., juillet 1910), *b*) Douleur appendic. et rénale (Progrès médic., 10 septembre 1910).
- SCHWARTZ. — *a*) Le radiodiagn. du cæcum mobile (Soc. impéριο-royale des médec. de Vienne, 4 février 1910, in Wiener mediz. Woch., 4 juin 1910); *b*) Le diagnostic du cæcum mobile à l'aide des rayons X (Wiener mediz. Woch., 4 juin, 1910).
- SCUDDER ET GOODALL. — L'Appendicectomie guérit-elle tous les symptômes de l'app.? (the Boston Med. and Surg. Journal, 6 juillet 1911).
- SENN. — De l'app. oblitérante (Journal of the amer. médic. Assoc., 24 mars 1894).
- SERGENT. — *a*) Tuberc. pulmon. et app. chron. (Journal de Méd. et de Chir. pratique, 10 mai 1912); *b*) Entérocolite pré tuberculeuse (Soc. Méd. Hôp., février 1911).
- SHEFFIELD. — App., typhlite et pérityphlite chez les enfants (International Journal of Surgery, 1910, t. XXIII, n° 9).
- SHUMAKER. — The importance of chronic irritability of the colon with uncons stools as a symptôme of app. (Ann. of. Surgery, juin 1898).
- SICKI. — *a*) Cæcum mobile (Zentralbl. f. Chir., 1911, n° 22); *b*) primaire akute Typhlitis (stercoralis) (Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1903, LXI, 56).
- SIEUR. — Soc. Chirurgie, 27 mars 1907.
- SILHOL. — *a*) Rapp. Congrès Chir., 1911. *b*) App. et vers intestin (Com. médic. des Bouches-du-Rhône, 3 et 10 nov. 1905).
- SIMON. — Les diverticules de l'app. (Soc. chirurg. Breslau, 14 juin 1911, in Berliner Klin Woch., 14 août 1911).
- SIREDEY. — *a*) Soc. méd. Hôp., 26 mars 1897; *b*) Soc. médic. Hôp., 1903.
- SIREDEY et LEROY. — *a*) Soc. méd. Hôp., 1897; *b*) Soc. méd. Hôp., 29 novembre 1903.
- SISSOJEFF. — Kystes multiples de l'ap. (Virchow's Arch. f. Pathol. Anat. und Physiol. f. Klin. Medizin., 7 juillet 1911).
- SOKOLOVA. — Étude sur l'inflammation de l'appendice située à gauche (Roussky Vrach, 7 août 1910).
- SONNENBURG. — *a*) Congrès internat. medic. Budapest, 1909; *b*) monographie de l'app. Leipzig 1905 (Pathologie und Therapie der Perityphlitis). *c*) XXXI^e Congrès Soc. Chir. allem. 1902; *d*) XL^e Congrès chir. allem., Berlin, 1911, in Zentralbl. für Chir., 22 juillet 1911; *e*) Soc. de médec. de Berlin, 30 mars 1908.

- SORGE. — Mediz. Klinik, mars 1911.
- SOUPAULT et JOUAUST. — App. larvée et tr. menstruel, 27 novembre 1903.
- SOUPAULT et MENARD. — Les diarrhées d'origine app. (Soc. médic. Hôp. nov. 1904).
- SOUTHAM. — a) App. traum. (The Lancet, 25 nov. 1905); b) Brit. med. Journal, 30 avril 1898.
- SPRINGER. — Ueber App. im Kinderalter (Prag. med. Woch., n^{os} 7 et 9, 1909).
- STACEY-WILSON. — La Douleur dans la còlite muqueuse et les états inflammatoires du còlon (The Brit. med. Journal, 10 juillet 1909).
- STAVARD. — App. chronic (The Practitioner, juin 1910).
- STIERLIN. — a) Le cæcum mobile (Deutsche Zeitschrift f. Chir., 4-6 sept. 1910); b) Sur un nouveau traitement opérat. de certains cas de constipat. rebelle simulant l'affection (Mitteil. aus den Grens geb. der Med. und Chir., 1911, t. XXIII. fasc. 3).
- STIMSON. — Some practical deduction from personal experience in the treatment of App. (Annals of Surgeny, juillet 1907).
- STRASHESKO. — Ueber bewegliche Blinddarm.— Praktitschswski Vrach, 1910, n^{os} 21 et 22.
- STRICKER. — Die Blind darm entzündung in der Armee von 1880 bis 1900. Berlin, 1906).
- STURMDORF ARNOLD. — The clinical significance of Mac Burney's point (New-York medical Journal, 18 janvier, 1908).
- SUTHERLAND. — Ap. et rhumatisme (The Lancet, août 1893).
- SYSSOIEFF. — Un cas de kyste multiple de l'appendice vermiforme (Roussky Vrach, III, 19 nov. 1911).
- TALAMON. — a) La còlite app. Paris 1900; b) App. et pérytyphlite. Paris, 1892; c) App. et péritonisme hystérique (Soc. méd. Hôp., 19 et 26 mars 1827).
- TAVEL. — Péricolite cicatricielle post. app. (Revue médic. Suisse, nor-mande, 1904, n^o 1).
- TCHAKALOFF BORAN. — Rech. anat. sur l'oblitér. de l'app
- TCHIGÉ. — Étude sur les complicat. qui suivent l'ablation. Chirurgica, août 1910.
- TERRIER. — De l'app. Revue Chir., 1900.
- THÉVENIN. — Synd. Cholécyst. et syndr. app. Th. de Paris, 1907.
- THIÉBAULT. — De l'épidémicité de l'app. Th. de Paris, 1900.
- THIENHAUS. — App. larvata and inflammation of the right broad ligament (Tub. and. ovary med. Record, 1908).
- TILLAX. — Acad. méd., mars 1898 et 1899.
- TOUSSAINT. — a) Soc. médic. Est, 1900; b) Soc. méd. milit.; c) Notes manusc. (Soc. chir., 1900).
- TOUZÉ. — De l'appendicectomie préventive en cas d'ap. sain. Thèse de Paris, 1906.

- TREVES (Frederick). — *a*) Some phrases of inflammation of the appendix (Brit. med. J., 28 juin 1902); *b*) The prospects and vicissitudes of appendicitis after the operation (Brit. med. Journ., 1905); *c*) Torsion del'app. (Brit. med. Journ., 21 avril 1903); *d*) A series of cases of relapsing typhlitis treated by operation (Brit. med. Journ., 22 avril 1893).
- TRIBOULET. — Soc. méd. Hôp., 1903.
- TRIBOULET et MERKLEN. — Soc. méd. Hôp., 3 mai 1901.
- TRIPPIER et PAVIOT. — L'app. par infection générale (Sem. médic., 1899, p. 73).
- TROTTER (Wilfrid). — Pseudo-myxome péritonéal ayant pour origine l'appendice (The Brit. med. Journ., 19 mars 1910).
- TUFFIER et AUBOURG. — Exploration radiolog. du gros intestin p. le lavement bismuthé (Soc. de Chir., 22 mars 1911).
- TUFFIER et JEANNE. — Contrib. à l'étude de l'app. (Revue de Gynécol. et de chirurg. abdom., 10 juin 1899).
- TURNER. — Some aspect of pelvic app. (Practitioners, 1906).
- VAN HOOK. — On short incisions in certain common operation (Surg. Gyn. and Obstetr., juillet 1905).
- VANVERTS. — Abscès rétro-péritonéal et antérénal d'orig. appendicul. (Ann. de la Soc. belge de Chir., mai 1904).
- WERTHEIM. — Beitr. zur Anat. u. Topogr. des Wurmfortsatzes (Przeglad chirurgiczny, Vol V., n° 4).
- VECCHI. — App. et annexite (Clinica Chirurgica, janvier 1909).
- VIGNARD, CAVAILLON et CABANON. — Les Formes postér. de l'app. (Bibl. de la province médic. de Paris. Poinot, 1908).
- VILLAR. — App. chez la femme (Congrès internat. de Gynécol. Amsterdam, 1899).
- VILLARET. — Ist die Blinddarmentzündung heute häufiger als früher (Deutsche med. Woch., 1^{er} janvier 1904).
- VÆLCKER. — *a*) Sur le cancer primitif de l'app. vermiforme (Arch.f. Klin. Chir., 1908; *b*) Comm. au XL^e Congr. chir. all. Berlin, 1911, in Zentralbl. f. Chir., 22 juillet 1911).
- VON HIPPEL. — Inclusion du cæcum dans la fossette inguinale (Deutsche med. Z. Woch., juin 1909).
- VULLIET. — Chirurgiens et app. vermiforme (Sem. médic., 24 oct. 1906).
- WAGON. — App. chir. d'emblée. Thèse de Paris, 1904.
- WALKO. — Die farvierten Formen des chronischen App. (Prager med. Woch., n° 80).
- WALLES. — La Chirurgie des côlites (The Brit. med. J., janvier 1909).
- WALTHER. — *a*) Société de Chirurgie, mars 1899; *b*) *ibid.*, février et mars, juillet 1900, p. 157, 180 et 822; *c*) *ibid.*, 1902, p. 739 (épiploïtes); *d*) *ibid.*, 2 février 1904 (appendicé), p. 242; *e*) *ibid.*, 1905, p. 274, 334, 396 et 510 (trichocéphales); *f*) *ibid.*, 1906,

- p. 58 ; *h) ibid.*, 27 mars 1907, p. 349 ; *h) ibid.*, 28 déc. 1910 ;
i) App. à manifestations thoraciques (Soc. méd. Hôpitaux, mars 1911) ; *j) Congrès fr. Chirurgie*, 1898, 1906 et 1908 (épi-
ploïtes) ; *k) Rapp. au Congrès français de Chirurgie*, 1911 (traitement) ; *l) Congrès français de Chir.*, 1912 (diagn. des adhé-
r.) p. la radioscopie) ; *m) ibid.*, (app. à gauche) ; *n) Des troubles digestifs de l'app. chron. Rôle de l'infection et des épiploïtes* (Journal des Praticiens, mai 1900).
- WEBER. — Les Maladies du côlon au point de vue médical (New-York, med. Journal, 12 février 1910).
- WEIL (M^{lle} Marg.). — Points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils comportent. Thèse de Paris, 1911.
- WEILL-MANTOU. — Congr. internat. des médecins d'assurance. Bruxelles, 1901.
- WIEMANN. — Le cæcum mobile et l'app. (Deutsche med. Woch., 28 janv. 1909).
- WIESNER. — Importance de l'explorat. du côlon par la radiographie (Münchener med. Woch., 3 mars 1908).
- WILLIAM. — Primare Typhlites without app. (Ann. of. Surg., juillet 1907).
- WILMS. — *a) App. chron. et cæcum mobile* (Arch. f. Klin. Chir., 3 juillet 1911) ; *b) Idem. Zentralbl. f. Chir.*, 12 septembre 1908) ; *c) cæcum mobile, cause de...* (Deutsch. med. Woch., 8 oct. 1908) ; *d) Die Schmerzempfindung innerhalb der Bauchhöhle und ihre Bedeutung f. die Diagnose* (Med. Klinik, 1910) ; *e) Fixation du cæcum mobile dans les cas de soi-disant...* (Zentralbl. f. Chir. déc., 1908) ; *f) Le cæcum mobile comme cause des douleurs* (Deutsch. med. Woch., 1908) ; *g) Le cæcum mobile cause de nombreux cas de soi-disant app.* (Zeitschr. f. Chir., 12 sept. 1908) ; *h) App. chron., mobil. du cæcum et constipation* (Soc. des Scien. médic. et natur. de Heidelberg, 24 janvier 1904) ; *i) Commun au XL^e Congr. all. de Chir. Berlin.*, 22 avril 1911, (in Zentralbl. f. Chir., 22 juillet 1911).
- YAGUË (Luis). — Sur la typhlite, la pérityphlite et l'app. (Revista ibero-americana de ciencias medicas, octobre 1910).
-

Imprim. de la Faculté de Médecine, Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris — 2121-13
